Nancy-Université
Université Henri Poincaré

AVERTISSEMENT

Ce document numérisé est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.
Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.
D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.
La Bibliothèque a pris soin d'adresser un courrier à l'auteur dans lequel elle l'informe de la mise en ligne de son travail. Celui-ci peut en suspendre la diffusion en prenant contact avec notre service.

Contact SCD Nancy 1 : theses.medecine@scd.uhp-nancy.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE

NANCY I

FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY

N° 63

2009

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Antoine Canton

Le 26 juin 2009

VALORISATION DE LA MEDECINE GENERALE EN PREMIER ET DEUXIEME CYCLES DES ETUDES MEDICALES

Examinateurs de la thèse :

Mr. le Professeur Jacques ROLAND	Président
Mr. le Professeur Pierre LEDERLIN	Juge
Mr. le Professeur Marc BRAUN	Juge
Mr. le Docteur Jean-Marie HEID	Juge

UNIVERSITE HENRI POINCARE

NANCY I

2009

FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY

N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Antoine Canton

Le 26 juin 2009

VALORISATION DE LA MEDECINE GENERALE EN PREMIER ET DEUXIEME CYCLES DES ETUDES MEDICALES

Examinateurs de la thèse :

Mr. le Professeur Jacques ROLAND	Président
Mr. le Professeur Pierre LEDERLIN	Juge
Mr. le Professeur Marc BRAUN	Juge
Mr. le Docteur Jean-Marie HEID	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :	
du 1er Cycle :	**M. le Professeur François ALLA**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
Filières professionnalisées :	**M. le Professeur Christophe CHOSEROT**
Prospective :	**M. le Professeur Laurent BRESLER**
FMC/EPP :	**M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY -
Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE Pierre LANDES -
Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ -
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI – Professeur Bruno CHENUEL

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BEZDETNAYA épouse BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***
Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

32ème section : Chimie Organique, Minérale, Industrielle
Monsieur Franck DALIGAULT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean FLOQUET
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Alain LARCAN
Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT
Monsieur le Professeur Jacques ROLAND

Professeur émérite d'anatomie

Doyen honoraire de la faculté de médecine

Chevalier de l'ordre national de la légion d'honneur

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Vous me faîtes l'honneur de présider le jury de cette thèse,

C'est avec un grand respect que je vous exprime mes remerciements pour votre enseignement et la réflexion que vous menez chaque jour au service de la Médecine et du système de soins.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Pierre LEDERLIN

Professeur de médecine interne

Vous me faîtes l'honneur d'accepter d'être membre du jury,

Pour votre enseignement, pour le recul et l'esprit d'ouverture que vous m'avez communiqués, je tiens à vous remercier.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur BRAUN

Professeur d'anatomie (Option clinique, radiologie et imagerie médicale)
Chevalier de l'ordre des palmes académiques

Vous me faîtes l'honneur d'accepter d'être membre du jury,
Pour votre enseignement, votre investissement au service des études médicales, je vous remercie.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID

Médecin généraliste à Senones
Enseignant de Médecine Générale

Vous me faîtes l'honneur de diriger ce travail,
Chaque jour, vous transmettez votre passion pour la Médecine Générale,
Pour l'enthousiasme et le temps que vous avez consacrés à ce projet, je tiens à vous faire part de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

A CEUX QUI M'ONT AIDE

A Cédric Berbé et Charles Mazeaud, à l'initiative du projet,

A RAOUL-IMG et à l'ADCN,

A Maxime Ingret, Charles-Henry Maigrat et Gildas de Lassat pour la réalisation du film « Médecine Générale, mode d'emploi d'une spécialité »

Au personnel de la maison médicale du Breuil,

Aux Dr Patrick Florentin, Dr Marie-France Gérard, Dr Jean-Charles Vauthier, Dr Yannick Ruelle, Dr Jean-Jacques Antoine qui ont gentiment accepté de partager leur expérience avec les étudiants durant nos soirées, aux côtés de Jean-Marie Heid et Cédric Berbé.

A Mme Sanae Mazouri pour son aide relative à la situation Suisse.

Au Pr François Kohler et au Dr Nicolas Jay pour l'analyse statistique.

A MES PROCHES

A Valérie, mon épouse,

Pour tous ces merveilleux instants que nous partageons,

Tu comptes plus que tout.

A Camille, ma fille,

Tu donnes depuis un mois une nouvelle dimension à ma vie !

A mes parents,

Vous m'avez tant donné, vous m'avez guidé, vous m'inspirez tous les jours.

Pour tout cet amour, toute cette générosité, je vous remercie infiniment.

A mes sœurs Julie et Claire, à mon frère Paul,

Vous êtes si précieux.

A mes grands parents,

A Arnaud, Aurélien, Bénédicte, Delphine, Guillaume, Julien, Olivier, Philippe, Thibault, mes amis de toujours…

A tous ceux que j'oublie…

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 18

ETAT DES LIEUX 22

1. Aspects démographiques 23

1.1. Une situation incertaine 23

1.2. Des perspectives inquiétantes 24

1.2.1. De nombreux postes d'internes de Médecine Générale non pourvus .. 24

1.2.2. De nombreux changements de voie 25

1.2.3. Une installation peu attractive 25

1.2.4. Une féminisation de la profession 26

1.2.5. Des zones rurales parfois délaissées 26

2. Premier et deuxième cycles des études médicales et Médecine Générale 27

2.1. Une découverte tardive 27

2.2. L'enseignement théorique 28

2.3. Le stage de Médecine Générale en 2ème cycle 30

2.3.1. Un premier arrêté ministériel en 1997 30

2.3.2. Un second arrêté en 2006 31

2.4. La filière universitaire de Médecine Générale 32

3. La valorisation de la Médecine Générale 33

MEDECINE GENERALE ET SECOND CYCLE, LA SITUATION INTERNATIONALE ... 34

1.L'EUROPE 35

1.1. L'Allemagne 35

1.2. La Finlande 36

1.3. La Grèce 37

1.4. Le Portugal 38

1.5. La Grande-Bretagne 39

1.6. La Suisse 40

2. L'AMERIQUE DU NORD 42
2.1. Les Etats-Unis 42
2.1.1. Contexte démographique : 42
2.1.2. Un soutien « législatif » 42
2.1.3. Valoriser la Médecine Familiale auprès des étudiants 43
2.2. Le Canada 47
2.2.1. Les études médicales au Canada 47
2.2.2. Le contexte démographique 47
2.2.3. La valorisation de la Médecine Familiale 48
2.2.3.1. Les GIMF (Groupes d'intérêt en Médecine Familiale) 49
2.2.3.2. Une intervention précoce dès le lycée 51
2.2.3.3. Le marketing de la Médecine Familiale 52
3. L'ASIE : L'EXEMPLE DE HONG KONG 53
4. L'AFRIQUE : L'EXEMPLE DE L'AFRIQUE DU SUD 54

SOIREES DE VALORISATION DE LA MEDECINE GENERALE 55
1. INTRODUCTION 56
1.1. Le projet 56
1.2. Les objectifs 57
2. MATERIEL ET METHODE 57
2.1. Données générales 57
2.2. Élaboration des questionnaires pré-test / post-test 58
2.3. Elaboration du questionnaire « à distance » 58
2.4. Communication 58
2.5. Analyse statistique 58
3. RESULTATS 60
3.1. Questionnaire pré-test / post-test 60
3.2. Questionnaire à distance 76
4. DISCUSSION 82
4.1. Limites méthodologiques 82
4.2. Le public 82
4.3. Un déficit d'information 83
4.4. Cette soirée donne-t-elle envie de choisir la Médecine Générale à l'Examen Classant National ? 85

5. Conclusion 88
DISCUSSION GENERALE 89
1. Un besoin reconnu 90
2. Améliorations possibles 90
2.1. Intégration à l'enseignement actuel 90
2.2. Complément spécifique aux soins de premiers recours 94

CONCLUSION 98

BIBLIOGRAPHIE 101

ANNEXES 105

INTRODUCTION

La Médecine a peut-être davantage évolué depuis le XIXème siècle qui a vu naître les débuts de la Médecine dite Moderne, qu'elle n'a évolué depuis le début de l'humanité.
Nous avons tous en nous une image plus ou moins réelle du médecin du début du siècle dernier, construite à partir de récits, d'images, de lectures, de scènes de cinéma…
On l'imagine au cœur d'une France rurale, accourant nuit et jour au chevet des malades pour apporter ses bons soins. C'était l'époque où l'on « mourrait de vieillesse ». Avec son stéthoscope, quelques médicaments et les premiers vaccins, le « docteur » se contentait de ces quelques moyens, toujours plus importants que ceux de ses prédécesseurs, pour pratiquer son art.
Dans une société dépourvue des possibilités actuelles de diffusion médiatique, il était l'unique représentant des sciences médicales à l'échelon local et bénéficiait d'une crédibilité sans faille auprès de la population. Son investissement personnel était celui d'une vie, qu'il consacrait aux autres, justifiant indéniablement le statut de notable dont il jouissait au sein de la communauté.

Aujourd'hui, tout cela paraît loin ; la science, la médecine, les relations humaines, le rapport à la santé et à la maladie ont grandement évolué parallèlement à notre société, cependant le descendant de ce médecin d'un autre âge existe, c'est le « spécialiste des soins de premier recours » : le médecin généraliste. Il continue à se déplacer au domicile des patients quand leur état de santé le justifie, que ce soit le jour mais aussi la nuit… quand il est de garde.

La WONCA « World Organization of Family Doctors » définit ainsi la Médecine Générale [1] :

Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers

leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

Cette définition met en exergue le caractère global de la prise en charge d'un patient lors d'une démarche de soins primaires. Le médecin généraliste a donc le privilège de suivre des patients quel que soit leur âge, de la naissance jusqu'à la mort, de suivre des familles, parfois sur plusieurs générations. En prenant en charge le patient au cœur de son environnement, il reste le garant d'une médecine centrée sur le patient et non sur la maladie.
La société a évolué mais le médecin généraliste n'a pas à rougir de sa propre mutation. Cette profession reste très riche sur de nombreux aspects, notamment sur le plan humain, tant la relation de confiance médecin/patient peut être profonde. Certes, la notion de qualité de vie a fait son apparition mais il est compréhensible aujourd'hui qu'un médecin, quelle que soit sa spécialité, puisse consacrer du temps à sa vie personnelle dans la mesure où il propose, durant son absence, une alternative de soins satisfaisante.

Pourtant, la Médecine Générale ne rencontre pas le succès escompté auprès des étudiants en médecine. Chaque année, de nombreux postes d'internes de Médecine Générale restent non pourvus à l'issue de l'Examen Classant National.

Ce constat soulève plusieurs questions auxquelles le présent travail va tenter de répondre :

- Cette crise des vocations que traverse la Médecine Générale aura-t-elle des conséquences sur le plan de la démographie médicale ?

- Dans quelles circonstances les étudiants choisissent-ils leur spécialité et que connaissent-ils de la Médecine Générale ?

- D'autres pays rencontrent-ils une situation similaire et quelles mesures adoptent-ils ?

- Face à cette tendance, quel serait l'apport de « Soirées de valorisation de la Médecine Générale auprès des étudiants en premier et deuxièmes cycles des études médicales » ?

ETAT DES LIEUX

1. Aspects démographiques

1.1. Une situation incertaine

- Selon le dernier rapport de l'ONPDS (2006/2007) (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) [2] , il ressort principalement deux idées de l'examen de la situation de la médecine générale sur une période de dix ans (1995-2005) :
  - Les effectifs de médecins généralistes ont au total augmenté de 6,9%, contre 14,8% pour les autres spécialistes ;
  - Cette croissance a principalement profité aux diplômés de Médecine Générale finalement salariés (+29%), au détriment des généralistes ayant un exercice libéral et mixte. Les effectifs de cette dernière catégorie sont restés stables sur cette période, alors qu'elle regroupe pourtant les médecins généralistes appelés à remplir la fonction de «médecin traitant». Les effectifs des omnipraticiens libéraux les plus impliqués dans l'exercice de la médecine de premier recours, c'est-à-dire ceux qui ne déclarent pas un exercice spécifique MEP (Médecine à Exercice Particulier) telle que l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie..., affichent même une légère diminution...

TABLEAU 1

RÉPARTITION PAR SECTEUR ET ÉVOLUTION DE 1995 À 2005

Au 1er janvier	1995	2005	Taux de croissance 1995-2005
Omnipraticiens	**96 351**	**103 020**	**6,9 %**
libéral et mixte	69 608	69 703	0,1 %
salariés hospitaliers	14 113	18 209	29,0 %
salariés non hospitaliers	12 631	15 109	19,6 %
Spécialistes	**93 399**	**107 183**	**14,8 %**
libéral et mixte	48 705	53 767	10,4 %
salariés hospitaliers	38 258	43 945	14,9 %
salariés non hospitaliers	6 435	9 470	47,2 %
Ensemble médecins	**189 750**	**210 203**	**10,8 %**
libéral et mixte	118 313	123 470	4,4 %
salariés hospitaliers	52 371	62 154	18,7 %
salariés non hospitaliers	19 066	24 579	28,9 %

Sources : répertoire ADELI.

- Dans certains départements, l'offre de soins de premier recours, appréciée à partir de la densité des omnipraticiens libéraux exerçant réellement cette activité (c'est-à dire en excluant les médecins à exercice particulier, les « MEP »), est plus fragile que ce que laisse apparaître la prise en compte de l'ensemble des omnipraticiens libéraux. Par exemple, à Paris, dans les départements des Alpes-de-Haute-Provence, de Gironde, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, la densité d'omnipraticiens libéraux située dans la fourchette haute intègre une proportion de médecins à exercice particulier supérieure à 15%.

Ces disparités régionales sont d'autant plus importantes si l'on tient compte de l'âge des médecins en activité.

Ainsi, au niveau national, 27,7 % des généralistes libéraux de premier recours ont 55 ans et plus. Cette proportion est plus importante dans certains départements comme l'Ariège, l'Aveyron, ou encore le Lot-et-Garonne, département dans lequel 38 % des médecins généralistes ont 55 ans et plus. L'âge renseigne également sur l'activité puisque, de façon générale, le nombre de patients a tendance à décroître avec l'âge du praticien.

1.2. Des perspectives inquiétantes

La proportion de médecins dont l'âge est supérieur à 55 ans s'accroît et les départs en retraite seront nombreux dans les années à venir. Malheureusement, plusieurs éléments laissent penser que ces médecins ne seront pas tous remplacés.

1.2.1. De nombreux postes d'internes de Médecine Générale non pourvus

L'augmentation importante du nombre de postes d'internes de Médecine Générale ouverts à l'ECN (Examen Classant National) depuis plusieurs années aboutit à un résultat mitigé, puisque un grand nombre d'entre eux ne sont pas pourvus. La prudence s'impose certes dans l'interprétation de ce phénomène mais on doit constater que l'accès de la Médecine Générale au rang de spécialité et les comportements de choix observés depuis quatre ans, au moment de l'Examen Classant National (ECN), ne devraient pas permettre de retrouver le niveau des effectifs qui caractérisait le 3ème cycle de Médecine Générale avant

la réforme, appelé « Résidanat ». L'inadéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes choisis pénalise particulièrement certaines régions. Le nombre d'internes par rapport au nombre de résidents a parfois été divisé par deux en l'espace de trois ans, il est globalement insuffisant aujourd'hui.

1.2.2. De nombreux changements de voie

Tous les internes de Médecine Générale ne deviennent pas médecins généralistes dans des structures ambulatoires de premier recours (cabinet de Médecine Générale).

La possibilité ouverte aux internes de Médecine Générale d'accéder à des DESC permet une réorientation, dès le début du 3ème cycle de Médecine Générale, vers d'autres disciplines médicales telles que la gériatrie, l'angéiologie, la nutrition... Cela confortera sans doute la tendance déjà à l'œuvre (du fait de l'existence des capacités et diplômes universitaires [DU]), à un exercice différent de celui de médecin de premier recours.

Ensuite, parmi les médecins généralistes installés, beaucoup orientent leur activité vers une MEP (Médecine à Exercice Particulier) telle que l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie…, qui restreint alors le temps alloué aux soins de premiers recours.

1.2.3. Une installation peu attractive

L'âge moyen de l'installation d'un médecin généraliste est aujourd'hui de 38 ans et ne cesse de croître. A l'issue de leurs études, les médecins généralistes ne cherchent pas immédiatement une possibilité d'installation comme c'était le cas auparavant mais privilégient leur qualité de vie en choisissant une activité de médecin remplaçant, souvent plus souple.
Sur le plan démographique, ce phénomène est néfaste puisqu'un médecin remplaçant travaille habituellement moins qu'un installé ; on peut ainsi penser qu'un médecin aurait une activité plus importante et contribuerait à atténuer la pénurie constatée dans certaines régions, s'il s'installait plus tôt.

Les menaces qui pèsent sur la liberté d'installation pourraient aggraver la situation ; en

effet, elles pourraient retarder d'autant plus cette étape dans la carrière d'un médecin généraliste, voire même contribuer à dissuader les étudiants de choisir la Médecine Générale à l'issue des ECN.

1.2.4. Une féminisation de la profession

La féminisation des professions médicales, notamment de la Médecine Générale, est en augmentation constante et contribue d'autant plus au changement de mentalité affiché par les jeunes médecins. Les femmes médecins généralistes recherchent souvent un exercice médical conciliable avec leur rôle de mère de famille, de préférence urbain, sans garde et souvent à temps partiel.

1.2.5. Des zones rurales parfois délaissées

Les jeunes médecins s'installent prioritairement dans les zones urbaines.

- D'une part, par crainte de s'isoler dans un exercice rural difficile (suractivité, fermeture récente d'hôpitaux locaux, éloignement du SAMU et des médecins d'autres spécialités).
- D'autre part, pour privilégier leur qualité de vie en choisissant les agglomérations où la présence de services de proximité ne risque pas d'être remise en question comme c'est le cas dans certains secteurs ruraux (fermeture écoles, bureaux de poste, petits commerces...) afin de ne pas prendre le risque de s'isoler à long terme.
- Enfin, ils doivent éventuellement tenir compte du lieu de travail de leur épouse/époux.

Toutes ces données laissent augurer d'importantes disparités régionales dans les prochaines années et font craindre un déficit global de plus grande ampleur.

2. Premier et deuxième cycles des études médicales et Médecine Générale

2.1. Une découverte tardive

Le métier de médecin généraliste de premier recours n'est pas aussi précisément défini que celui des autres spécialistes. La lisibilité de son exercice s'en trouve d'autant plus affaiblie que les étudiants en médecine ne le découvrent que tardivement au cours de leur cursus.
Selon l'ONPDS, l'image dépréciée de la médecine générale n'est pas un phénomène récent. Le développement des spécialités, la place centrale de l'hôpital dans l'attribution des hiérarchies médicales, la valeur accordée aux actes techniques constituent autant d'éléments qui ont contribué à affaiblir son rôle.

Actuellement, les étudiants n'ont toujours pas la possibilité de découvrir la Médecine Générale de manière satisfaisante avant l'Examen Classant National.
Le mémoire de Bertrand Boutiller réalisé en 2004 [3] a permis d'étudier la vision qu'ont de la Médecine Générale, les étudiants de premier et deuxième cycles des études médicales. Un questionnaire diffusé sur internet a été rempli par 912 étudiants répartis dans les différentes facultés Françaises. Selon les étudiants interrogés, la Médecine Générale est méconnue (70% des étudiants) et insuffisamment enseignée (80%).

A la fin de l'année 2007, face aux inégalités croissantes d'accès aux soins en France et aux revendications des professionnels de santé, les pouvoirs publics ont organisé « Les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé » EGOS. L'objectif était de mettre en place un échange entre les différents acteurs du système de santé afin de dégager des solutions fortes et durables pour améliorer l'organisation de la santé sur le territoire. Ces états généraux ont été clôturés en avril 2008 ; la Médecine Générale et les soins de premier recours y ont occupé une place importante et au sein de cette discussion, l'exposition plus précoce des étudiants à la Médecine Générale au cours de leurs études a semblé prioritaire à tous les intervenants.

Quelle est aujourd'hui la situation en France ? Comment la Médecine Générale est-elle intégrée dans les premier et deuxième cycles des études médicales ?
Trois aspects de l'enseignement se distinguent :

- La formation théorique aux soins de premier recours.
- La découverte pratique, au cours d'un stage de Médecine Générale
- La FUMG Filière Universitaire de Médecine Générale, support indispensable à ces formations théoriques et pratiques.

2.2. L'enseignement théorique

En l'absence de cadre ou de modèles précis, la formation à la Médecine Générale qu'elle soit théorique ou pratique, est très variable d'une faculté à l'autre comme le démontre la **Thèse de François Delage à Bordeaux en 2002** [4] .
Durant le premier cycle habituellement consacré aux sciences fondamentales, l'enseignement relatif à la Médecine Générale reste rare. Cette dernière trouve une place dans certaines facultés dans des sujets d'éthique, de psychologie médicale ou d'introduction à la relation médecin/malade.
Au cours du second cycle, la quasi totalité des facultés (27) organisent un séminaire obligatoire de Médecine Générale qui dure en général une à deux journées. Certaines proposent également un certificat optionnel de Médecine Générale, diplôme destiné aux étudiants qui désirent en savoir un peu plus sur cette spécialité (17 universités).
A Bordeaux, une enquête de satisfaction après la découverte de la Médecine Générale sous forme de séminaire présente des résultats contrastés :

- 3,3 % des étudiants sont très satisfaits
- 50,4 % des étudiants sont assez satisfaits
- 33,9 % des étudiants sont peu satisfaits
- 12,4 % des étudiants sont insatisfaits

L'idée de dispenser un enseignement de Médecine Générale est cependant quasi unanimement saluée par les étudiants.
Parmi les différents commentaires des étudiants, on note :
« Il est important de faire ces séminaires sur la Médecine Générale car à l'hôpital on nous

monte la tête en nous faisant comprendre que les généralistes sont des sous médecins ».
Un autre remercie les enseignants d'avoir montré que *«la qualité des relations humaines est importante ».*
Un troisième pense que les médecins enseignants qui présentent le séminaire ne sont pas *« des généralistes représentatifs des praticiens tout venant ».*
Les étudiants ont été répartis dans de petits groupes animés par des binômes médecins généraliste / spécialiste. Cette association a subi quelques critiques, le spécialiste n'ayant pas selon eux de légitimité dans une telle présentation. Enfin, les étudiants ont regretté que cette présentation ne soit pas plus pratique, tournée vers le quotidien du médecin généraliste et sont demandeurs d'un stage en Médecine Générale.

Cet enseignement répond à une demande de la quasi-totalité des étudiants mais l'organisation sous la forme d'un séminaire isolé au milieu du second cycle ne fait pas l'unanimité.

A l'image du système de soins et de la prise en charge pluridisciplinaire des patients, un enseignement transversal a été mis en place ponctuellement dans certaines facultés, avec une ou deux heures de cours réalisées par un médecin généraliste au sein des modules « traditionnels ». Bien qu'intéressante, cette forme d'intégration de la Médecine Générale dans les études médicales est restée marginale et n'a pas été évaluée.

Au final, l'enseignement actuel paraît aujourd'hui insuffisant et inapproprié aux soins de premier recours. Les idées sont nombreuses pour mettre en place un encadrement théorique moderne afin d'accompagner au mieux le stage en Médecine Générale. Certains pays étrangers par exemple réfléchissent à cette problématique que nous aurons l'occasion d'aborder ci-après.

2.3. Le stage de Médecine Générale en 2ème cycle

2.3.1. Un premier arrêté ministériel en 1997

Dès 1997, un premier arrêté ministériel régissait la mise en place d'un stage en Médecine Générale ambulatoire pour les externes [5]. Cet arrêté du 4 mars 1997 prévoyait en effet que tous les étudiants devraient effectuer pendant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales un stage d'initiation à la Médecine Générale.

La mise en place de ce stage est restée sporadique mais quelques expériences ont été menées et évaluées en France :

- La thèse de Pierre Hassid (Bordeaux) [6] permet d'évaluer un stage de Médecine Générale de 5 demies – journées qui a été intégré au second cycle des études médicales de **Bordeaux en 2002**. Ce stage survenait pendant un stage habituel au CHU ; les étudiants étaient volontaires et devaient avoir l'autorisation du chef de service pour y participer.

A l'issue de cette découverte pratique, ils ont rédigé un rapport de stage et ont été évalués par le médecin généraliste.

De 2002 à 2005, 105 étudiants ont ainsi été reçus par 24 médecins exerçant tous dans la communauté urbaine de Bordeaux. 51 questionnaires ont été remis par les étudiants sur 105 attendus.

Au final :

- A la question, « Recommanderiez-vous ce stage ? » 100 % des étudiants qui ont répondu (51), ont répondu positivement.
- A la question des améliorations à suggérer, la principale amélioration proposée (à 17 reprises sur 51) était d'allonger la durée du stage. 5 étudiants auraient voulu être plus actifs ; 5 étudiants suggèrent à nouveau de rendre ce stage accessible à tous ceux qui le souhaitent.
- Parmi les principaux thèmes évoqués dans le rapport, on retrouve la découverte de la Médecine Générale peu abordée durant les études et à l'hôpital.
- 12 étudiants ont évoqué l'impact que pouvait avoir un tel stage sur leur orientation professionnelle.

- **Durant l'été 2007 à Tours**, la faculté de médecine a mis en place un stage de 15 jours à temps plein en Médecine Générale pour tous les étudiants en DCEM 3.

La thèse de Cécile Jacquet-Renoux [7] a permis de recueillir les attentes des étudiants et d'étudier leur vécu par la méthode qualitative du focus groupe.

104 étudiants ont effectué ce stage pendant l'été 2007.

Les étudiants attendaient de découvrir les spécificités de l'exercice de la Médecine Générale et la diversité des pratiques, leur permettant un choix éclairé pour les Epreuves Classantes Nationales.

Ils ont apprécié ce stage dans sa forme et sa durée et le considèrent déterminant pour leur choix professionnel. Leurs attentes ont été satisfaites, en particulier la découverte des visites à domicile, de la relation singulière médecin / patient et de l'univers libéral.

Malheureusement, de 1997 à 2006, l'absence de moyens humains (maîtres de stage, personnel administratif...) et financiers a empêché la mise en place de stages plus longs et systématiques pour tous les étudiants.

2.3.2. Un second arrêté en 2006

Le 23 novembre 2006, un second arrêté relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales est paru [8]. Il était censé apporter une réponse aux problèmes financiers rencontrés, notamment celui de la rémunération des maîtres de stage.

Cette avancée certaine reste toutefois manifestement insuffisante ; selon l'ONPDS, un an après (ce qui constitue certes une période de référence courte), moins de 10 % des étudiants inscrits en quatrième et cinquième années du cursus ont pu suivre ce stage.

Le SNEMG (Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale) a réalisé une enquête au cours du mois d'avril 2008 sur la réalité de ce stage en Médecine Générale en 2ème cycle dans les 33 facultés de France (hors Antilles Guyane) [9].

Bien que 25 des 33 facultés parviennent à mettre en place au minimum quelques demies journée de stage, une seule ville réussit à organiser un stage d'une durée équivalente aux autres spécialités et ceci pour tous les étudiants. A Nancy, le stage est obligatoire en DCEM3 pour tous les étudiants mais ne comporte théoriquement que 100 heures de

présence sur 6 semaines. Cette durée reste inférieure aux autres stages d'étudiant hospitalier.
Par ailleurs, seules 4 facultés ont été financées pour former les maîtres de stage (ECA pour Enseignants Cliniciens Ambulatoires).

2.4. La filière universitaire de Médecine Générale

La modernisation de l'enseignement de Médecine Générale et surtout la mise en place du stage en second cycle implique des moyens humains et matériels proportionnels à l'ambition du projet.
Il est nécessaire de recruter un grand nombre de Maîtres de stage prêts à accueillir des étudiants dans leur cabinet, de former ces médecins à ces fonctions d'encadrement et d'enseignement et de les rémunérer en conséquence.
Pour les étudiants, le recrutement d'un grand nombre de maître de stages à l'échelle régionale implique parfois de s'éloigner de leur domicile dans la ville universitaire, créant ainsi des coûts de déplacement, de repas, d'hébergement...

Cette avancée de la Médecine Générale dans le cursus universitaire a donc mis en lumière la nécessité d'un cadre universitaire pour organiser ce développement à l'échelon local : **la Filière Universitaire de Médecine Générale.**
En effet, en France, la Médecine Générale était la seule spécialité médicale à ne pas bénéficier d'une filière assurant une formation ambulatoire aux soins de premiers recours durant toute la durée des études puis après l'internat avec des postes de chef de clinique / assistant ambulatoire.
L'installation de cette filière se fait aujourd'hui progressivement et en servant de support à la Médecine Générale notamment pendant les premier et deuxième cycles des études médicales. Les bénéfices pourraient être importants en termes de valorisation de la spécialité.

3. La valorisation de la Médecine Générale

Aujourd'hui, comme nous l'avons vu, les perspectives sont inquiétantes sur le plan de la démographie médicale et chaque année des postes d'internes de Médecine Générale sont non pourvus à l'issue de l'ECN.
Parallèlement, une envie forte de découvrir cette spécialité émane des étudiants...
Ces données révèlent un phénomène passé inaperçu et que l'on s'attache aujourd'hui à corriger à l'échelle nationale : la Médecine Générale est aujourd'hui insuffisamment intégrée aux deux premiers cycles des études médicales.

Des pays étrangers ont déjà rencontré cette problématique. Du fait des spécificités d'organisation de leur système de soins et de leurs études médicales, l'équation s'est parfois posée différemment mais il est intéressant de découvrir avec quelles mesures ils ont tenté d'y faire face. Nous y consacrerons un chapitre.

En France, les avancées récentes demandent, comme tous les projets de grande ampleur, du temps pour se matérialiser à l'échelon local. L'enthousiasme affiché par les étudiants de notre faculté de Médecine à Nancy nous a invités à proposer une solution originale, sous la forme de « Soirées de valorisation de la Médecine Générale ».
Ces soirées pilotées par les étudiants eux-mêmes sont construites autour d'une séquence vidéo synthétique et novatrice. Nous avons tenté d'évaluer la pertinence de cette soirée par une étude que nous aborderons dans un second chapitre.

Enfin, nous nous inspirerons des solutions qui ont fait la preuve de leur efficacité à l'étranger et de notre expérience locale pour tenter de définir les premier et second cycles idéaux des études médicales, en termes de découverte et d'enseignement de la Médecine Générale.

MEDECINE GENERALE ET SECOND CYCLE, LA SITUATION INTERNATIONALE

1. L'EUROPE

1.1. L'Allemagne

Le nombre de médecins de famille diminue régulièrement en Allemagne depuis 1990 et ce phénomène va se poursuivre puisque de nombreux médecins vont partir à la retraite d'ici 2010. La situation est plus grave à l'est qu'à l'ouest et dans les milieux ruraux plutôt que les milieux urbains. De nombreux cabinets restent vacants, ce qui augmente la charge de travail des médecins en place.
Une étude publiée en 2006 [10] en Allemagne tente d'expliquer ce phénomène et recense les différentes solutions pour y remédier :

La place de la Médecine de Famille dans les universités doit être repensée. Il doit y avoir d'avantage de professeurs de Médecine Générale, l'enseignement et la recherche en Médecine Générale doivent être développés.
L'exposition des étudiants à la Médecine Générale doit être la plus précoce possible.
Les moyens matériels, financiers et humains dédiés à la Médecine Générale dans les universités sont insuffisants.
Il y a pour le moment un fossé entre la volonté politique d'établir la Médecine Générale en tant que branche principale à l'université et la mise en œuvre pratique.
L'objectif est que les étudiants aient accès à des stages de Médecine Générale, à un enseignement spécifique de Médecine Générale (Cours, séminaires).

Un certain nombre de raisons sont avancées pour expliquer l'insuccès de la Médecine Générale, le revenu, le manque d'aides financières, la difficulté de mener simultanément des loisirs, une vie de famille, une grossesse.
Les médias et des généralistes eux-mêmes délivreraient souvent une image difficile de leur métier.
L'installation n'est pas attrayante, les médecins travaillent de plus en plus mais le revenu ne suit pas.

Le regroupement des médecins est une solution d'avenir avec le partage de l'emploi du temps mais également du matériel, du personnel, des charges.

Les médecins de famille doivent être assistés pour les tâches administratives

Il faut favoriser la mise en place de centres de santé avec des aides financières et favoriser l'exercice à temps partiel.

La situation de l'Allemagne est donc globalement similaire à la nôtre ; les réponses énoncées pour y faire face semblent également superposables.

1.2. La Finlande

La Finlande est divisée en quelque 450 municipalités. Il incombe à chacune de ces municipalités de prendre les dispositions nécessaires pour ses habitants en matière de soins de santé. Les soins de santé de premier recours sont assurés par des centres de santé mis sur pied par une seule municipalité ou conjointement par des municipalités voisines. Ces centres de santé assurent également des soins préventifs et environnementaux. Chaque médecin de famille est responsable d'environ 2000 patients.

Depuis 1990, les étudiants en médecine découvrent la Médecine Générale dès le début des études. Cette découverte préclinique permettrait de mieux comprendre l'importance de la relation médecin/patient.
Cette découverte permet également aux étudiants d'identifier les médecins généralistes comme des modèles pour leur développement professionnel.

En 2002 [11] , des étudiants de première année à l'Université de Kuopio ont observé des médecins de famille durant une visite de 2 jours dans un centre de santé primaire.
Une étude quantitative a permis de recueillir 127 questionnaires sur les 133 étudiants.
La majorité des étudiants ont indiqué que les médecins étaient des modèles positifs mais certains étudiants ont été déçus par l'attitude de certains généralistes. Ils ont toutefois considéré que c'était une opportunité d'apprentissage.
Les étudiants ont observé une grande variété de responsabilités et de pratiques, et ont exprimé leur admiration pour les compétences et capacités requises. Ils ont apprécié

l'intérêt d'un médecin de famille pour ses patients. Les styles de communication ont été perçus comme étant très variés.

L'organisation des soins primaires en Finlande est donc très différente de la nôtre et la comparaison n'est pas aisée. Sur le plan de l'enseignement, l'intervention des Médecins Généralistes au sein des études est précoce mais la formation « pratique » semble pour le moment se limiter à diverses expériences de découvertes.

1.3. La Grèce

En Grèce, la Médecine Générale a été reconnue en tant que spécialité dès 1986.
Durant les études médicales, 6 années s'écoulent avant que les étudiants choisissent leur spécialité respective. Selon la popularité de la spécialité, ils sont parfois obligés d'attendre plusieurs années qu'un poste se libère avant d'accéder à la période de formation finale équivalente à l'Internat en France.
Les besoins de médecins généralistes sont élevés, cette filière est donc immédiatement accessible mais les étudiants préfèrent choisir d'autres spécialités.

En réponse à ce problème, les autorités créent des aides pour rendre attractive la Médecine Générale et tentent d'améliorer la formation des généralistes après leur choix mais n'encouragent pas la création de départements de Médecine Générale, l'enseignement et la pratique des soins primaires avant le choix de la spécialité.
Seule la formation à la faculté de médecine crétoise inclut un stage de 4 semaines de soins primaires en 6ème année de médecine ; les bénéfices de ce stage sur le plan démographique n'ont cependant pas été évalués.

Une enquête [12] auprès d'un échantillon d'étudiants en médecine de toutes les années, de 4 des 7 facultés grecques a été menée afin d'enquêter sur les projets de carrière des étudiants grecs. Le constat est dramatique : seuls 1,7 % des étudiants veulent s'orienter vers la Médecine Générale.

Une seconde étude publiée en juin 2007 [13] a permis d'enquêter auprès d'étudiants en 6ème année de médecine à Athènes en les interrogeant sur leur projet futur et sur leur vision de la Médecine Générale.

Seulement 4,3 % des 1021 étudiants qui ont répondu, placent la Médecine Générale parmi les différentes hypothèses de choix envisagées.

Pourtant, 56,6% de ces étudiants aimeraient que la Médecine Générale soit introduite au sein du programme d'enseignement du tronc commun…

Le contraste entre ces 2 résultats est éloquent et laisse penser que les étudiants ne veulent pas « choisir à l'aveugle ». On constate également que le seul accès au statut de « spécialité » dès 1986 n'a pas permis de revaloriser la discipline. Cette appellation n'a pas d'intérêt si elle n'est pas accompagnée de réformes profondes afin que la Médecine Générale trouve une place similaire aux autres disciplines médicochirurgicales au sein du système de soins et des études médicales.

1.4. Le Portugal

Le Portugal pourrait également connaître, dans les années à venir, une pénurie de médecins généralistes.

Une étude publiée en 2006 [14] révèle les critères de choix des étudiants portugais et propose un certain nombre de solutions pour placer la Médecine Générale au centre des ambitions. *L'image du Médecin Généraliste est déformée dans le contexte universitaire traditionnel. Malgré les faveurs de la population, l'insatisfaction de nombreux généralistes ne contribue pas à donner aux étudiants une image positive de la profession.*

Selon eux, l'inversion de cette image passe par une revalorisation de la profession mais également par un ensemble de stratégies universitaires comme l'intégration des soins primaires dans le programme d'enseignement en mettant l'accent sur les soins préventifs, communautaires et les spécificités de la médecine rurale.

Ils soulignent le rôle primordial que peuvent avoir les enseignants en tant que modèle positif et l'importance de veiller à ce que les enseignants aient les compétences pour cela.

1.5. La Grande-Bretagne

Les études de médecine durent entre 9 et 15 ans. Après 5 années universitaires, on devient Docteur en médecine mais on ne peut exercer. Il faut effectuer deux ans en tant qu'interne afin de devenir « fully registered », puis 3 à 8 ans de « post-graduate training » selon que l'on veuille devenir généraliste ou spécialiste.
Contrairement à la France et dans un esprit outre-atlantique, le système universitaire anglais accueille très favorablement les élèves qui sortent « des sentiers battus » en découvrant d'autres expériences juste après le bac au lieu d'entreprendre leurs études. On montre un grand intérêt aux élèves qui ont voyagé, ou travaillé, notamment dans un hôpital avant d'entamer leurs études... A l'heure actuelle, il est même rare que les universités offrent un poste à un étudiant qui n'a pas de « work experience in healthcare », c'est-à-dire qu'il faut avoir été bénévole ou avoir travaillé en contact avec des patients.
Sont également privilégiés les étudiants qui ont déjà obtenu un diplôme dans une autre discipline. Le nombre de ces étudiants appelés « graduates » (diplômés) a récemment augmenté suite à une série de mesures politiques.

Une étude publiée en 2007 [15] cherche à évaluer si le fait que certains étudiants soient diplômés avant leur entrée à la faculté de médecine influence le choix de leur spécialité. Une enquête a été menée sur 3 ans (1999, 2000, 2002) auprès de toutes les facultés du Royaume-Uni. Finalement, cette étude montre que *les étudiants diplômés à leur entrée à la faculté choisissent davantage la Médecine Générale que les étudiants non diplômés mais que cette différence est modeste. A l'inverse, les étudiants diplômés à leur entrée choisissent moins la pédiatrie ou la chirurgie.*

Une étude publiée en 1996 [16] a cherché à évaluer l'influence d'un stage de 4 semaines dans un cabinet de Médecine Générale sur le futur choix de carrière à l'université de Glasgow en 1992. Cette étude est plus ancienne mais d'un intérêt indéniable, les études pour évaluer les effets de tels stages restant rares.
Ce stage de 4 semaines augmentait l'exposition de l'étudiant à la spécialité de généraliste de près de 200 % avant le choix de sa future spécialité.
Un premier questionnaire était distribué le premier jour du stage puis le dernier jour du stage. Enfin, près de 16 à 26 mois plus tard passés dans un cadre hospitalier, un

questionnaire leur était à nouveau soumis afin d'étudier l'influence à long terme de ce stage.

Le nombre d'étudiants qui seraient contents ou très contents d'envisager une carrière de Médecine générale augmente nettement entre le début et la fin du stage notamment chez les hommes mais le dernier questionnaire près de 2 ans plus tard montre que cet effet est transitoire puisque le nombre de ces étudiants diminue et devient même un peu plus bas que le chiffre initial du questionnaire d'avant stage.

Cette étude montre que le stage de Médecine Générale donne une image positive de la spécialité mais que s'il est isolé au sein du cursus, les étudiants s'éloignent de ce choix par la suite (ou l'oublient ?).

1.6. La Suisse

Les soins de premier recours sont assurés en Suisse par trois spécialistes différents, le médecin généraliste, le pédiatre et l'interniste général. Il y a à l'heure actuelle suffisamment de médecins de premiers recours en Suisse à l'échelle nationale mais de fortes inégalités de répartition entre la ville et la campagne. Par ailleurs, depuis plusieurs années, trop peu de médecins de premiers recours s'installent, ce qui laisse augurer une pénurie dans l'avenir.

Une enquête quantitative publiée en 2005 a permis d'interroger 161 étudiants de 5ème et 6ème années des facultés de Genève et Lausanne [17] .

45,7 % des étudiants qui ont répondu, envisagent une formation de médecin de premier recours, 30,3 % des hommes, 54,1% des femmes.

Parmi eux, 53,5 % veulent s'installer en ville, 43,6% choisiraient la campagne.

Ces résultats conviendraient à beaucoup de pays davantage en difficulté sur le plan démographique mais en Suisse l'attrait pour les soins de premiers recours s'étiolerait au fil des années durant la période post-graduée (équivalente à l'Internat en France). C'est pourquoi ces résultats ne sont probablement pas représentatifs de ce qui va se passer

dans les prochaines années. Notons également que les médecins généralistes ne sont pas, dans cette étude, distingués de l'ensemble des médecins de premier recours qui comprennent également en Suisse pédiatres et internistes généraux.

Pour mettre en avant les soins primaires durant l'enseignement post-gradué, le programme d'enseignement a été modifié afin que les étudiants y soient régulièrement exposés.
Voici en guise d'exemple le programme d'enseignements liés aux soins de premier recours à l'école de médecine de Lausanne :

- **En 1ère année :**

« Aspects juridiques et économiques de la pratique médicale »
Co-modération des séminaires « Médecine : individu – communauté – société »

- **En 2ème année :**

« Enseignement en médecine communautaire par le praticien » visites en cabinet du praticien par groupe de 2 étudiants (1/2 journée)
« Le patient dans la communauté » : application des méthodes d'épidémiologie et des principes de médecine préventive dans la consultation de médecine générale (6 x 2h00)
« Attitudes face à l'intimité et au toucher» (2h00)
Skills cliniques : exercices avec un patient simulé (4h00)

- **En 3ème année :**

« Sémiologie clinique », tutorat pour les heures de synthèses (4h00)
Enseignement au cabinet du praticien : une journée par groupe de 2 étudiants : transmission des notions fondamentales de la Médecine Générale
« Séances pratiques d'anamnèse et de communication », sous le patronage du service de psychiatrie de liaison : apprentissage des compétences relationnelles, mise en pratique de l'enseignement de Médecine Psychosociale donné en 2e année
Séminaire « Arrêt de travail » (2h00)

- **En 4ème année :**

Cours « Spécificités de la Médecine Générale » : les urgences au cabinet, le travail en réseau, le suivi au long terme (3 x 2h00)
Cours « Le patient difficile », dans le cadre du cours-bloc en Psychiatrie « Troubles de la personnalité » (2h00)

- **En 6ème année :**

Séminaires « Problèmes cliniques en Médecine Générale » (6h00)

« Préparation à l'examen compréhensif en Médecine interne » (2h00)

Chaque étudiant a la possibilité d'associer à ce programme d'enseignement un stage complet d'un mois en Médecine Générale.

2. L'AMERIQUE DU NORD

2.1. Les Etats-Unis

2.1.1. Contexte démographique :

Aux USA, il est reconnu que la pénurie de médecins généralistes et les inégalités de répartition sur le territoire entravent la qualité des soins fournis aux Américains.
Depuis 1991, la proportion de médecins de famille n'a cessé d'augmenter jusqu'en 1998, année à partir de laquelle cette proportion a de nouveau chuté.

Aux Etats-Unis, il y a 3 spécialités de soins primaires distinctes, les pédiatres, les internistes et les médecins de famille mais malgré les bouleversements du système de santé, la plupart des Américains gardent un médecin de famille.
Des études récentes prévoient un déficit de 200 000 médecins de famille en 2020.

2.1.2. Un soutien « législatif »

L'idée de soutenir politiquement la Médecine Familiale est née il y a plus de 50 ans mais c'est finalement il y a une vingtaine d'années que les pouvoirs législatifs ont réellement commencé à intervenir.
Une étude publiée dans « l'American Journal Public Health » [18] détermine la nature et

l'ampleur de la participation « législative » entre 1985 et 1992.

Plusieurs types d'aide ont été ainsi mis en place :

- *Un soutien aux universités pour l'enseignement des soins primaires*
- *Un soutien financier aux étudiants et résident sous forme de bourse et de prêts*
- *Des mesures pour améliorer l'environnement et la pratique des médecins généralistes*
- *Diminuer les barrières médico-légales à la pratique de médecine générale.*

Entre 1985 et 1992, 47 états (sur 50) ont promulgué 238 lois visant à améliorer le recrutement et la répartition des généralistes.

Ces mesures ont permis une augmentation du nombre de médecins généralistes dès 1991 mais en 1998, le phénomène a de nouveau resurgi.

2.1.3. Valoriser la Médecine Familiale auprès des étudiants

Un certain nombre d'études récentes évoquent l'intérêt d'agir en amont du choix de la future spécialité et d'intégrer la Médecine de famille le plus tôt possible dans le cursus universitaire :

- Une étude publiée en 2003 [19], suite aux récentes baisses de choix de la médecine familiale, s'est penchée sur les facteurs affectant le choix de la spécialité. *Trente-six articles sur la médecine familiale publiés depuis 1993 ont ainsi été passés en revue. Parmi les facteurs retenus, on retrouve :*

- L'origine rurale influe positivement alors que le niveau de vie des parents influe négativement sur le choix de la médecine familiale.

- Les intentions de carrière à l'entrée de la faculté restent un facteur prédictif ; les étudiants qui pensent que les soins primaires sont importants et qui n'ont pas de haut niveau d'attente en matière de revenus choisissent plus volontiers la médecine de famille.

- Les étudiants qui rejettent la médecine familiale sont préoccupés par le prestige, craignent un faible revenu et l'étendue des connaissances requises.

- Les étudiants intéressés par une carrière dans une zone rurale ou défavorisée sont plus

susceptibles d'entrer en médecine familiale.
- Les grands programmes destinés à accroître le nombre d'internes en soins de premier recours semblent efficaces. Prévoir une expérience clinique de Médecine de famille augmente également le choix de la discipline.

- Une autre étude publiée en 2003 [20] a cherché à vérifier l'hypothèse selon laquelle les étudiants en médecine entendent au cours de leurs études un certain nombre de commentaires négatifs au sujet de la médecine de famille. *Un questionnaire a été envoyé à tous les médecins de famille et à un nombre égal d'autres professionnels de soins primaires, qui ont étudié dans une des 24 facultés de médecine entre 1997 et 1999.*
La plupart des étudiants ont entendu des commentaires négatifs et plusieurs en ont entendu souvent.
Ces commentaires négatifs étaient plus fréquents pour la Médecine Familiale que pour les autres spécialités. Le commentaire négatif le plus souvent entendu était que les médecins de famille ne pouvaient pas maîtriser l'ensemble de la spécialité et qu'ils n'étaient pas aussi brillants que les autres médecins.
Cependant, un lien entre la fréquence et le contenu des commentaires négatifs et une augmentation ou diminution de la proportion des étudiants qui choisissent la médecine familiale n'a pas été démontré.

- En 2005 [21], une réflexion a été menée sur les différents moyens d'éveiller à nouveau l'intérêt des étudiants vis-à-vis de la médecine de famille. Selon eux, *une démarche doit être entreprise selon 4 axes :*
    - *Il faut augmenter l'enthousiasme et la satisfaction autour de modèles positifs de médecins généralistes.*
    - *Les facultés doivent redoubler d'efforts pour former des médecins de famille.*
    - *Il faut faciliter l'accès à l'internat de Médecine familiale.*
    - *Le gouvernement doit investir dans la recherche en médecine familiale et dans la formation à la recherche.*

- Un document de réponse aux questions fréquemment posées au sujet de la Médecine Générale (FAQ), destiné aux étudiants en médecine a été édité par plusieurs organisations de médecine Générale (l'académie américaine des médecins généralistes, la société des enseignants de Médecine générale, l'association des départements de médecine familiale…) [22] .

Ce document est largement diffusé notamment sur Internet depuis juillet 2007. Voilà les questions auxquelles il répond :

- Pourquoi la médecine familiale / les soins primaires sont-ils importants ?
- Qu'est ce qui rend la médecine familiale unique ?
- Quelles sont les différentes opportunités de carrière qui me seraient accessibles en tant que médecin de famille ?
- Est-ce que la médecine de famille est une bonne préparation à des carrières de médecine internationale, humanitaire ou à des soins d'urgence ?
- Quel est le programme des études de médecin de famille ? Quelles sont les différentes possibilités d'internat ?
- Quelles sont les différences entre les programmes d'internat basés sur l'université et les programmes d'internat basés sur la communauté ?
- Quelles sont les possibilités de formation avancée, les diplômes complémentaires disponibles en médecine de famille ?
- Comment font les médecins de famille pour mettre à jour leurs connaissances dans la prise en charge des enfants, des adolescents, des adultes, des personnes âgées, des hommes, des femmes et des femmes enceintes ?
- Quelle est l'étendue de la pratique des médecins de famille ?
- Quels sont les éléments les plus gratifiants de la médecine de famille ?
- Quelles techniques sont habituellement maîtrisées par les médecins de famille ?
- Quel est le prix des études de médecin de famille et quelles sont les possibilités d'aide financière ?
- A-t-on besoin de médecins de famille ?
- Quel est l'avenir de la médecine de famille ?

- « The future is family medicine » [23] est aux Etats-Unis un grand projet initié en 2002 dont le but est de transformer la médecine de famille pour l'adapter aux besoins des patients et de la société dans un environnement en pleine mutation.

A l'origine du projet, on retrouve 7 organisations impliquées dans la médecine de famille et les soins de premier recours (American Academy of Family Physicians, American Academy of Family Physicians Foundation, American Board of Family Medicine, Association of Departments of Family Medicine, Association of Family Medicine Residency Directors, North American Primary Care Research Group, Society of Teachers of Family Medicine).

Dans cette stratégie de réforme globale, les critères démographiques occupent une place importante et l'ambition de faire naître des vocations de médecins de famille a conduit à la mise en place récente en 2007, d'un outil complet de communication à destination des étudiants, « Your future is family medicine ».

Produit par l'American Academy of Family Physicians AAFP et la Society of teachers of Family Medicine STFM, cet outil permet aux universités de présenter aux étudiants la Médecine de famille de demain grâce à une présentation « clé en mains ».

On trouve ainsi sur Internet cet ensemble de documents comprenant :

- Un powerpoint de 28 diapositives,
- Des questionnaires de pré évaluation et de post-évaluation,
- Un document à destination du conférencier avec des conseils de présentation, un document à destination des étudiants visant à répondre aux questions les plus fréquemment posées au sujet de la médecine de famille (contenu à peu près identique au document évoqué précédemment)
- Un document de synthèse « flyer » avec des idées fortes, modernes, beaucoup de chiffres, qui peut-être utilisé en amont de la soirée pour attirer les étudiants qui veulent en savoir plus, mais également en aval pour servir d'aide mémoire aux étudiants « séduits ».

Cet outil « Your futur is family Medicine » est certainement le projet qui ressemble le plus aux soirées de valorisation de Médecine Générale organisées à Nancy. A la différence de notre expérience locale, il n'est pas organisé par les étudiants et la présentation de la discipline n'est pas axé autour d'une vidéo mais simplement d'un powerpoint. La diffusion de l'outil sur Internet est un élément intéressant.

2.2. Le Canada

2.2.1. Les études médicales au Canada

Les études de médecine au Canada diffèrent selon les provinces. Au Québec, pour être admis, un étudiant peut s'inscrire à l'université de son choix s'il détient au moins un diplôme d'études collégiales en sciences de la santé ou en sciences générales (diplômes équivalents au bac français). Dans les autres provinces canadiennes, les facultés de médecine demandent une formation universitaire de quelques années avant de pouvoir être admis dans le programme de médecine. Au Québec, les candidats sont d'abord sélectionnés selon la qualité de leur dossier scolaire puis soumis à une entrevue standardisée. Au final, la sélection est stricte puisque seulement 10% des candidats sont admis.

Les études médicales au Canada durent généralement au moins 6 ans. Les deux premières années sont consacrées à l'enseignement théorique et les deux suivantes à des stages (période appelée externat au Québec). Après ces quatre années d'université, qui confèrent le diplôme de docteur en médecine (M.D.), le candidat doit effectuer une « résidence » en milieu hospitalier, soit en médecine générale (2 ans), soit en médecine spécialisée (4 ans ou plus). Le candidat doit avoir terminé cette « résidence » avant de pouvoir pratiquer la médecine.

2.2.2. Le contexte démographique

Plus de 4 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille. Pour combler cette pénurie et permettre au système de santé canadien de bien fonctionner, on estime qu'il faudrait que 50% à 55 % des étudiants en médecine choisissent une carrière en « médecine familiale » (Appellation québécoise pour désigner la Médecine Générale).

Devant cette pénurie avérée, les médecins canadiens mènent depuis plusieurs années une réflexion pour tenter d'expliquer les différentes raisons qui conduisent les étudiants à

éviter les carrières de Médecine Familiale, afin d'apporter un certain nombre de solutions.

Une étude qualitative (entretiens semi directifs) [24] avait été conduite à l'université Western Ontario à London (à 240 Km à l'ouest de Toronto) afin d'étudier les facteurs susceptibles d'amener les étudiants en médecine à opter pour une carrière en médecine familiale.

Ont participé 11 des 39 diplômés de médecine de l'université assignés à des programmes canadiens de résidence en médecine familiale débutant en juillet 2001.

Les principaux résultats montrent que les expériences clés qui incitent à choisir une carrière en médecine familiale incluent le fait d'être exposé précocement à des expériences significatives de médecine familiale, d'avoir été en contact avec des modèles de médecine familiale et d'avoir eu l'occasion de constater la nature variée du travail des médecins de famille.

Observer l'importance de la relation médecin/patient et constater que la connaissance du patient s'accroît avec le temps est une expérience que les étudiants apprécient.

En 2006, 31,7% des étudiants en médecine ont opté pour la médecine familiale comme premier choix, soit une hausse par rapport aux 27,9% en 2005, 26,4% en 2004 et 24,8% en 2003. Cette proportion demeure insuffisante mais augmente chaque année grâce à une série de mesures visant à promouvoir la médecine familiale.

2.2.3. La valorisation de la Médecine Familiale

Le Canada propose une série de mesures originales qui dépassent le cadre habituel constitué d'un enseignement théorique et d'un stage chez le Médecine Généraliste :

- Les GIMF (Groupes d'Intérêt de Médecine Familiale), représentent un moyen moderne permettant d'augmenter l'exposition des étudiants à la Médecine Générale. Nous verrons que cette formule est bien intégrée aux études médicales Canadiennes et évaluée par plusieurs études.
- La Canadiens confirme sur le terrain leur volonté d'intégrer précocement la Médecine Générale dans les études : une expérience encore isolée a été menée pour promouvoir la Médecine Générale dès le lycée !

- Enfin, nous verrons qu'au Canada, la présentation de la Médecine Générale aux étudiants n'est pas neutre, le mode de communication étant directement inspiré de méthodes modernes de marketing.

2.2.3.1. Les GIMF (Groupes d'intérêt en Médecine Familiale)

Cal Gutkin, directeur du Collège des Médecins de Famille au Canada, expliquait en février 2007 dans le « Canadan Family Physician » le fonctionnement des « GIMF, groupes d'intérêts en médecine familiale » présents désormais dans toutes les facultés de médecine du Canada [25] .

Ces groupes offrent des possibilités de rencontre des étudiants de premier cycle (le premier cycle canadien équivaut aux 2 premiers cycles français) avec des médecins de famille en dehors du programme régulier. Les étudiants ont la possibilité de discuter des réalités de la pratique de médecine familiale, examinent des sujets cliniques dans une perspective de médecine familiale, apprennent à effectuer des procédures courantes et comprennent mieux ce que la spécialité de la médecine familiale leur réserve. Les groupes d'intérêts sont soutenus par les facultés, les départements de médecine familiale et les sections provinciales du collège des Médecins de Famille.

- A la faculté de Toronto dans l'Ontario, les GIMF ont été évalués par une étude descriptive qualitative, publiée en janvier 2008 dans le « Canadian Family physician » [26]. Cette étude a examiné les effets des GIMF sur ces étudiants. *Des groupes focus ont été tenus auprès d'un total de 45 étudiants. Cet échantillon contenait un nombre à peu près équivalent d'étudiants de chaque année d'étude. Ces effets diffèrent selon leur niveau d'intérêt.*

- Pour ceux qui s'intéressaient déjà à la Médecine Familiale, les GIMF ont aidé à maintenir et à renforcer l'intérêt.

- Pour ceux qui hésitaient encore sur leur choix de carrière, les GIMF ont aidé à maintenir l'intérêt pour la Médecine Familiale en dissipant les préjugés négatifs à l'égard de cette discipline, en offrant des influences positives de la part des pairs et en fournissant de l'information sur les carrières en Médecine Familiale.

- À ceux qui n'étaient pas intéressés par la Médecine Familiale, les GIMF ont apporté des

informations utiles sur cette discipline. Les étudiants ont aussi fait plusieurs suggestions intéressantes concernant l'orientation future des GIMF

En conclusion, le GIMF a réussi à augmenter l'exposition des étudiants à la Médecine Familiale et à affermir l'intérêt des étudiants pour cette discipline. Les renseignements obtenus par cette étude suggèrent aussi des stratégies pour l'orientation future des GIMF et d'autres groupes d'intérêt pour la médecine familiale, au Canada comme aux États-Unis.

- A l'Université McGill à Montréal, au Québec, afin d'évaluer l'influence des GIMF sur le choix des étudiants et de valider leur efficacité, la direction a entrepris une enquête préliminaire auprès d'un groupe d'étudiants en médecine de première et deuxième années, avant et après leur participation à une séance du GIMF durant l'année universitaire [27].

La séance comportait une présentation audiovisuelle dont le titre traduit se lirait comme suit :

La médecine familiale :
Tout ce que vous vouliez savoir,
mais sur quoi vous n'en connaissiez
pas assez pour poser des questions.

Cette présentation interactive de 20 minutes portait sur les préjugés fréquents à propos des médecins de famille, expliquant qu'ils peuvent travailler en médecine d'urgence, et qu'ils font des interventions obstétricales et dispensent des soins pédiatriques de première ligne. La présentation insistait aussi sur les raisons positives de choisir la médecine familiale (comme celles liées au mode de vie, à la flexibilité et aux soins à la personne dans son ensemble), ainsi que sur les satisfactions et les défis propres aux médecins de famille de nos jours. L'enquête a révélé qu'une brève intervention peu coûteuse pouvait mieux faire connaître aux étudiants l'envergure et la portée de la médecine familiale.
Il reste à savoir si cette plus grande sensibilisation s'est traduite par un intérêt accru. Des études semblables dans d'autres universités pourraient jeter plus de lumière sur le rôle des GIMF dans le traitement de la pénurie de médecins de famille au Canada. Un dérivé de cette initiative pourrait prendre la forme de possibilités pour les étudiants en médecine

et les résidents en médecine familiale d'effectuer des recherches selon une méthodologie reconnue, ce qui contribuerait en retour à leur formation en tant que futurs cliniciens / chercheurs.

- A l'Université de Saskatchewan, une autre étude rétrospective cette fois sur les quatre années d'existence d'un groupe d'intérêts confirme son utilité [28] . *Dans cette université, ce groupe d'intérêts est en fait un « club » de Médecine familiale créé par des étudiants intéressés par la découverte de la discipline et des généralistes qui avaient envie de faire partager leur profession. Des réunions comprenant des discussions et des ateliers ont été organisées à intervalles réguliers et ont permis de présenter aux étudiants des « modèles positifs » de médecins de famille.*

Une enquête confirme que ce groupe d'intérêts a permis d'aider certains étudiants à choisir une carrière de Médecine familiale.

2.2.3.2. Une intervention précoce dès le lycée

Partant du principe qu'il sera difficile d'inverser les préjugés favorables aux autres spécialités et que l'origine rurale de l'étudiant constitue le facteur le plus important pour prédire une carrière de médecine familiale rurale, une intervention précoce auprès des étudiants du secondaire a été menée afin de présenter et de promouvoir les carrières en médecine, notamment en médecine familiale [29] .

Les résidents en médecine familiale (statuts d'internes de Médecine Générale en France) du Rural Alberta North Program de l'université de l'Alberta ont amorcé un projet d'information dans des établissements ruraux et régionaux d'enseignement secondaire du nord de l'Alberta. Des résidents sont allés expliquer la carrière médicale aux élèves lors d'une présentation interactive. Par la suite, l'hôpital régional a tenu une journée «carrière» à laquelle participaient des professionnels médicaux et paramédicaux (médecins, pharmaciens, infirmières, physiothérapeutes et ergothérapeutes). Il est difficile d'évaluer à long terme l'efficacité de cette étude publiée en mars 2006 mais les visites de médecins dans les établissements d'enseignement secondaire pourraient être une façon efficace

d'éveiller l'intérêt pour une carrière en médecine familiale rurale.

Ce programme est une initiative locale novatrice dont l'objet est de recruter directement pendant l'enseignement secondaire de potentiels médecins de famille ruraux afin de résoudre également le problème des disparités régionales sur le plan démographique.
En effet, l'intérêt d'augmenter le nombre de médecins généralistes est grand mais cela ne suffit pas si ces médecins recherchent finalement un exercice urbain.

2.2.3.3. Le marketing de la Médecine Familiale

Toutes les possibilités jusque là envisagées pour faire naître des vocations de médecins de famille auprès d'étudiants ou de lycéens oscillaient silencieusement entre présentation objective et promotion.

Un nouveau concept émerge au Canada, celui de « marketing de la Médecine Familiale »[30] . L'objectif d'une telle campagne est clairement de contrer les idées fausses que les étudiants entendraient au cours de leur cursus, ce que ces auteurs appellent « le programme caché ». Il ne s'agit plus de présenter objectivement la Médecine Familiale mais de mettre en avant ses aspects positifs afin de lutter contre les messages qu'auraient, selon eux, reçus les étudiants tout au long de leurs études et qui tendraient à faire passer le choix d'une carrière de Médecine Familiale comme un choix peu ambitieux pour les étudiants « qui ne peuvent pas faire mieux. »

Pour changer les perceptions, les auteurs de l'article ont choisi d'utiliser la stratégie de communication avec laquelle les 20 à 30 ans sont les plus familiers : la publicité et le marketing. Ils assimilent les questions éthiques entourant le traitement d'une carrière en médecine familiale à un bien de consommation et désirent appliquer une stratégie professionnelle de marketing.

L'efficacité de cette stratégie n'a pas encore été évaluée.

3. L'ASIE : L'EXEMPLE DE HONG KONG

A Hong Kong, la Médecine Générale a été intégrée au programme universitaire avant le choix de la spécialité depuis plus de 20 ans et ceci pour deux raisons :

- *L'expérience des étudiants formés uniquement à l'hôpital est limitée ; leur vision des soins médicaux ne peut pas être représentative s'ils ne connaissent pas les soins de premier recours.*
- *Le second argument est que pour tout système de santé, il est important d'améliorer la formation à ces soins de premiers recours et qu'une telle formation encourage les étudiants à choisir la Médecine Générale évitant ainsi un choix par défaut.*

Un stage de Médecine Générale existe depuis 1988 ; il est intégré à un cycle de stages avec les autres spécialités, durant chacun 5 semaines.

Une étude réalisée à Hong Kong [31] évalue l'impact d'un stage de Médecine Générale sur l'image de cette discipline qu'ont les étudiants.
Cette étude qualitative (15 groupes focus pour un total de 110 étudiants) a mis en évidence des préjugés négatifs sur la Médecine Générale mais dans de nombreux cas, ces préjugés ont été dissipés par les relations développées avec les médecins généralistes au cours de leur stage. Dans un programme surchargé, les étudiants sont contraints d'orienter leur apprentissage vers les sujets abordés à l'examen final, auquel la Médecine Générale n'est pas intégrée.
Si l'étude ne permet pas d'affirmer que ce stage va augmenter le nombre d'étudiants choisissant une carrière en Médecine Générale, elle montre que les étudiants choisiront davantage en toute connaissance de cause, avec plus de conviction que lors d'un choix par défaut et que le stage aura dans tous les cas permis de casser un certain nombre d'idées reçues, contribuant ainsi à améliorer l'image du médecin généraliste.
En Asie, les auteurs reprennent la notion d'un « programme caché » qui représente l'image de la Médecine Générale donnée consciemment ou non aux étudiants par les médecins des autres spécialités à la faculté ou à l'hôpital. En l'absence d'une exposition spécifique aux soins primaires au cours du cursus universitaire, ce « programme caché » serait la seule base d'informations à destination des étudiants au sujet de la Médecine Générale, informations le plus souvent délétères puisque les étudiants ont un certain

nombre de préjugés négatifs.
Les auteurs concluent que dans les sociétés où la formation est basée sur le milieu hospitalier et assurée par des médecins spécialistes, un stage de Médecine Générale permet de mieux comprendre l'importance des soins de premier recours et la place du Médecin Généraliste dans le système de santé.

4. L'AFRIQUE : L'EXEMPLE DE L'AFRIQUE DU SUD

En Afrique du Sud, une étude qualitative et quantitative (focus groupes et questionnaire) [32] sur une expérience de formation aux soins primaires d'une durée de 2 semaines, à l'Université de Stellenbosch a été publiée en 1998.
Sur les 146 étudiants de dernière année qui ont participé, 88 % ont estimé qu'il devrait y avoir une exposition aux soins de premiers recours plus tôt dans leur cursus.
Dans les groupes focus, les étudiants ont confirmé les données de la littérature internationale en soulignant la spécificité de cette pratique et l'importance d'apprendre cette nouvelle forme de prise en charge du patient.

Paradoxalement, bien que cette expérience ponctuelle fut très positive, les auteurs décrivent des difficultés à modifier le cursus universitaire traditionnel afin d'inclure précocement les soins primaires dans le cursus universitaire.

SOIREES DE VALORISATION DE LA MEDECINE GENERALE

1. INTRODUCTION

1.1. Le projet

L'ADCN (Association des Carabins de Nancy, qui représente les étudiants de premier et deuxième cycles) et RAOUL-IMG (Rassemblement AutOnome Uni Lorrain des Internes de Médecine Générale) ont travaillé ensemble à la création de cette soirée type.
Il s'agit donc d'une soirée organisée par les étudiants, pour les étudiants.
Ainsi, deux étudiants de PCEM 2 et DCEM 1 n'ayant encore aucune expérience de « soignant », ont été reçus pendant une journée au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire (médecins généralistes, kinésithérapeutes, dentiste, pédicure...) à Senones dans les Vosges.

Au cours de cette journée, ils ont filmé caméra sur l'épaule, avec leur regard, leur sensibilité l'activité de Médecine Générale sous ses divers aspects.

Cette journée a donné naissance à un film qui est le noyau de la soirée sur un principe *« Les étudiants parlent aux étudiants ».* Non seulement le contenu devient plus adapté au public cible mais il est également beaucoup plus attrayant ; c'est un élément important quand on connaît les difficultés rencontrées pour réunir les étudiants sur les bancs des amphithéâtres. En effet, l'absentéisme est parfois très important dans certaines facultés.

La soirée s'articule donc autour :

- du film, qui dure environ 20 minutes
- d'une présentation concise de la Médecine Générale par des médecins généralistes
- d'une présentation de l'internat de Médecine Générale par un interne

Enfin, une large place est faite aux échanges, aux libres questions des étudiants, avec comme les interlocuteurs suivants :

- Les médecins généralistes ayant participé au tournage
- Des médecins généralistes d'horizons différents
- Un jeune installé
- Un remplaçant

1.2. Les objectifs

L'objectif de notre étude est de répondre à plusieurs questions :

Comment les étudiants perçoivent-ils la Médecine Générale ?
Quel est l'impact d'une telle soirée sur leur perception de la Médecine Générale ?
Ce type de soirée peut elle influencer leur choix futur à l'Examen Classant National ?

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Données générales

Nous avons organisé cette soirée à deux reprises, une première fois pour tous les étudiants notamment de 2ème et de 3ème années puis une seconde fois, uniquement pour les étudiants hospitaliers de la 4ème à la 6ème année (anciennement appelés « externes ») pour des questions plus précises de la part d'étudiants bénéficiant d'une expérience hospitalière. Leurs préoccupations ne sont pas les mêmes et les questions posées par les étudiants qui ont déjà une expérience clinique sont souvent orientées et un adaptées aux interrogations des plus jeunes.
Néanmoins, le contenu de la soirée est identique et les questionnaires soumis sont également inchangés.

Pour évaluer la pertinence de cette intervention et répondre aux questions posées, deux études complémentaires ont été menées :

- Durant la soirée, la méthodologie choisie est la comparaison d'un questionnaire pré-test rempli juste avant la soirée, avec un questionnaire post-test rempli à la fin.
- A distance de la soirée, nous voulions interroger les étudiants qui venaient de choisir la Médecine Générale à Nancy à l'issue des résultats de l'examen classant national. Nous les avons rencontrés lors du choix de leur premier stage d'interne en Médecine Générale à Nancy en octobre, soit plusieurs mois après la soirée. Ce second questionnaire a permis d'étudier à distance si les internes présents à l'une de nos soirées de valorisation de la Médecine Générale avaient effectivement été influencés dans leur choix par notre intervention.

2.2. Élaboration des questionnaires pré-test / post-test

Des entretiens individuels ont été réalisés avec un étudiant de chaque promotion de la 1ère à la 7ème année. Ces entretiens n'ont pas été enregistrés mais ont bénéficié d'une prise de notes précise. Ils ont permis d'identifier un certain nombre d'idées reçues dont nous avons tenu compte pour l'organisation de la soirée et l'élaboration des questionnaires.

2.3. Elaboration du questionnaire « à distance »

L'idée était de retrouver parmi les « nouveaux internes de Médecine Générale » ceux qui avaient participé à la soirée, afin de déterminer si elle avait effectivement influencé leur choix.
Nous avons profité de ce questionnaire pour étudier les autres éléments qui ont pu les mener au choix de l'internat de Médecine Générale à la faculté de médecine de Nancy.

2.4. Communication

Pour inviter les étudiants, un mail et un SMS leur ont été envoyés.
Les sites Internet de l'ADCN (Association des Carabins de Nancy) et des ECN (Association « Examen Classant National », pour les étudiants Nancéiens qui préparent le concours) ont diffusé une annonce sur leur page d'accueil.
Enfin, des affiches ont été disposées à divers endroits de la faculté.

2.5. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée en collaboration avec le Pr François KOHLER et le Dr

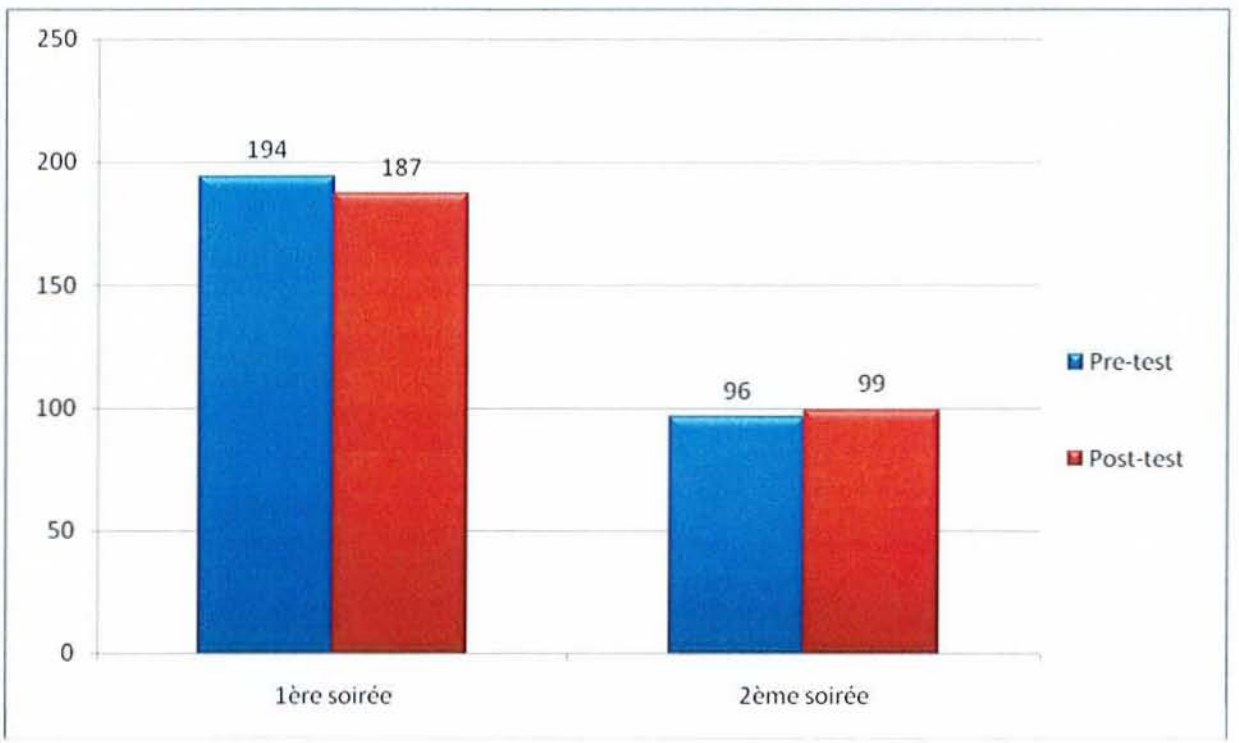
Nicolas JAY au SPI-EAO : Laboratoire de Santé Publique, Information médicale et Enseignement Assisté par Ordinateur.

Nous avons choisi pour nos différents calculs le langage et l'environnement statistique du « projet R » [33] (logiciel) .

3. RESULTATS

3.1. Questionnaire pré-test / post-test

- Effectifs



	1ère soirée	2ème soirée	Au total
Pre-test	194	96	290
Post-test	187	99	286

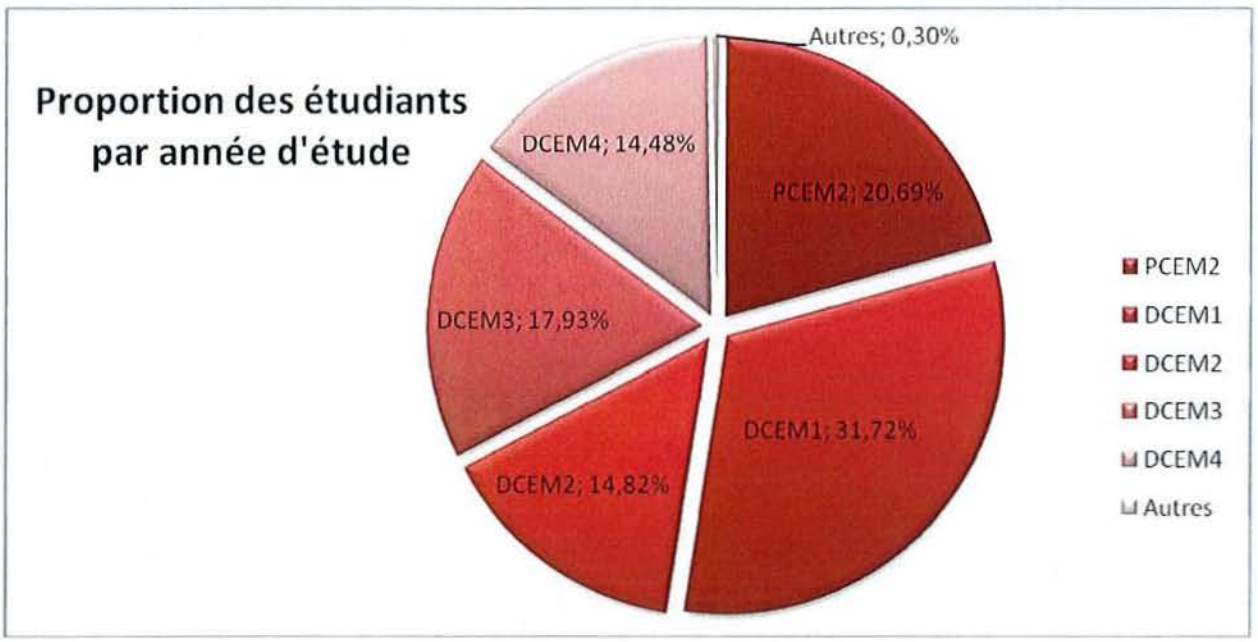
La 1ère soirée ouverte à toutes les promotions a attiré presque 2 fois plus d'étudiants que la seconde destinée plus spécifiquement aux étudiants de DCEM 2, DCEM 3 et DCEM 4 (194 contre 99).

Au total des 2 soirées : 290 pré-tests et 286 post-tests interprétables.

- Vous êtes étudiant en :

□ PCEM2 □ DCEM1 □ DCEM2 □ DCEM3 □ DCEM4

□ Autres, précisez : _____



Année d'études	PCEM2	DCEM1	DCEM2	DCEM3	DCEM4	Autres
Nombre d'étudiants	60	92	43	52	42	1
Proportion	20,69%	31,72%	14,82%	17,93%	14,48%	0,30%

92 personnes de DCEM1 font de cette année d'étude la plus représentée.

43 DCEM2, 52 DCEM3 et 42 DCEM4 les années d'étude les plus proches du concours de l'ECN sont sous-représentées, alors que deux soirées ont été proposées aux étudiants de ces promotions.

- Pensez-vous bien connaître le métier de médecin généraliste ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non

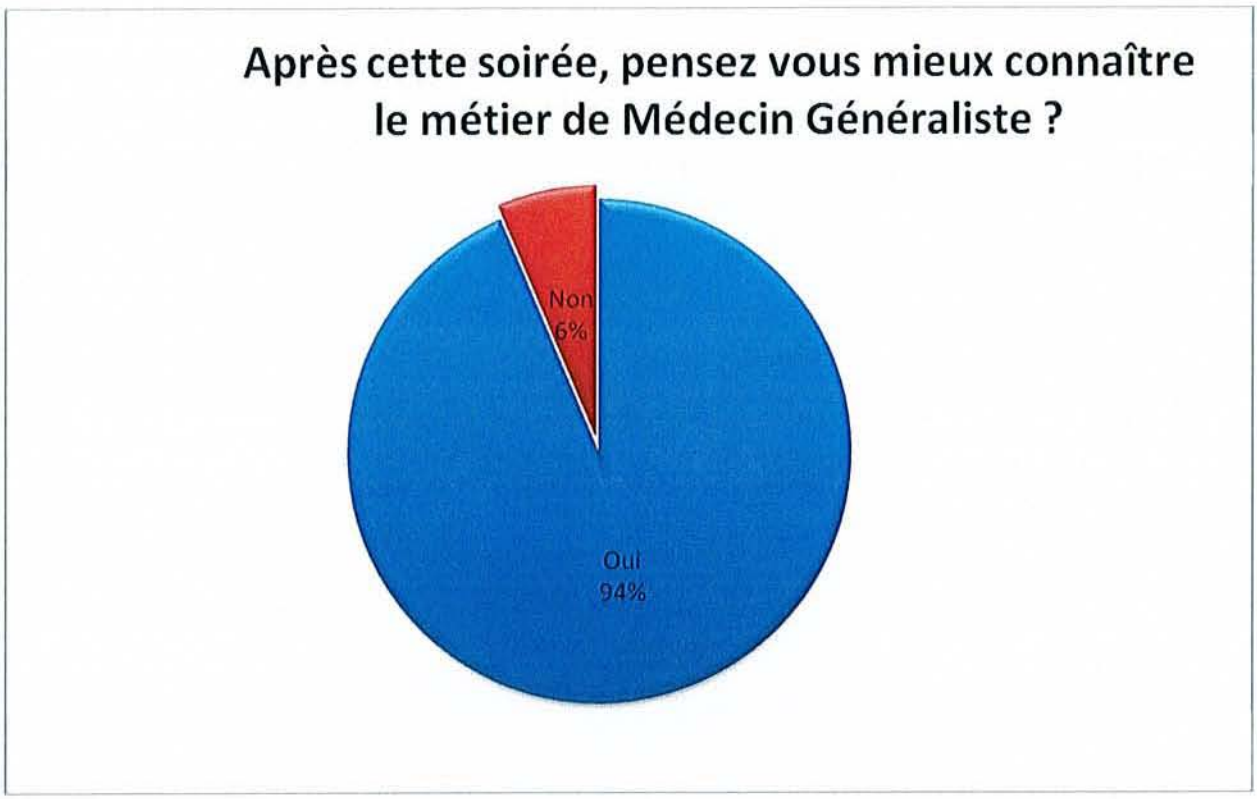
	Oui	Non
Effectifs	78	202
Proportions	27,85%	72,14%

Seuls 27,85 % des étudiants (78) estiment bien connaître le métier de Médecin Généraliste.

- Après cette soirée, pensez-vous mieux connaître le métier de médecin généraliste ?

  □ Oui

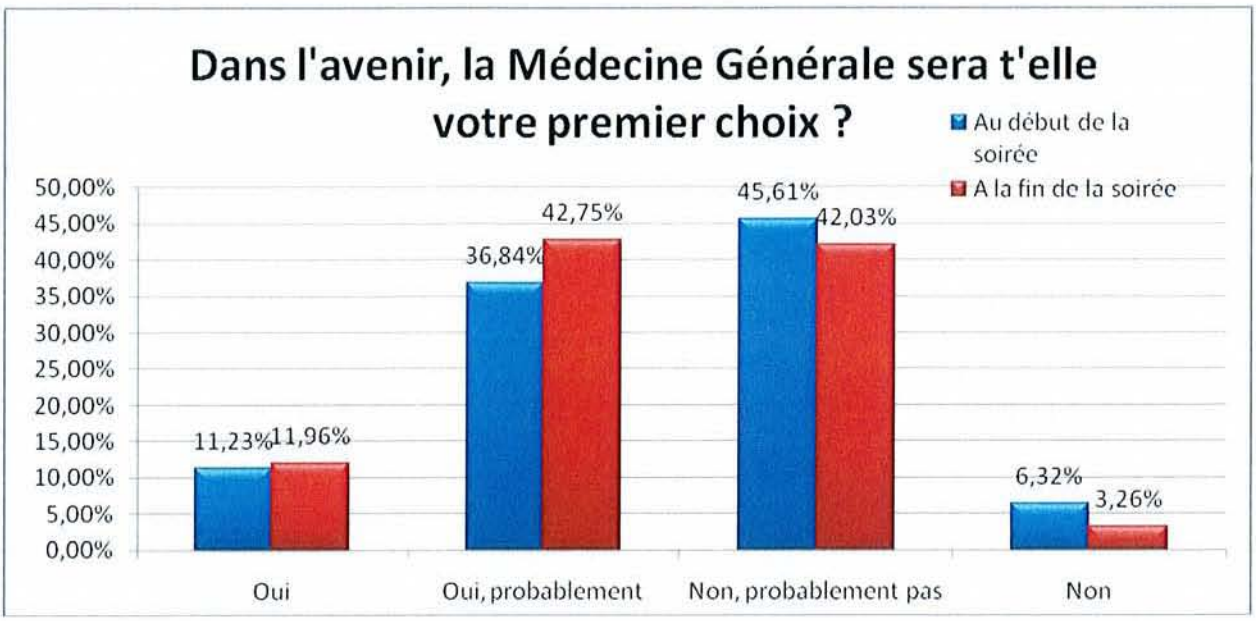
  □ Non



	Oui	Non
	262	18
Proportions	93,57%	6,43%

93,57% des étudiants déclarent mieux connaître le métier de Médecin Généraliste à la fin de la soirée.

- La Médecine Générale sera t'elle dans l'avenir votre premier choix ?
  - Oui
  - Oui probablement
  - Non, probablement pas
  - Non



	Oui	Oui, probablement	Non, probablement pas	Non
Au début de la soirée	11,23%	36,84%	45,61%	6,32%
A la fin de la soirée	11,96%	42,75%	42,03%	3,26%

48% des étudiants ont choisi « Oui » ou « Oui probablement » en pré-test,

54 % en post-test.

p = 0,2189 : les différences ne sont pas significatives concernant cette question.

(Rappelons que l'indice « p » doit être inférieur à 0,05 pour qu'on puisse conclure que les différences entre le pré-test et le post-test sont significatives)

- En quel rang de choix, pensez-vous placer la Médecine Générale ?

	Pré test	Post - test
Rang moyen de choix	2,685	2,397

Le rang moyen de choix de la Médecine Générale lors du pré-test est de 2.685 contre 2.397 en fin de soirée.

La différence est non significative : p = 0,0802 (légèrement supérieur à 0,05)

- A l'Examen Classant National, la Médecine Générale est souvent un choix par défaut ; plusieurs places d'internes en Médecine Générale restent d'ailleurs systématiquement vacantes chaque année. Quelles sont d'après vous les solutions pour remédier à cette relative impopularité ?

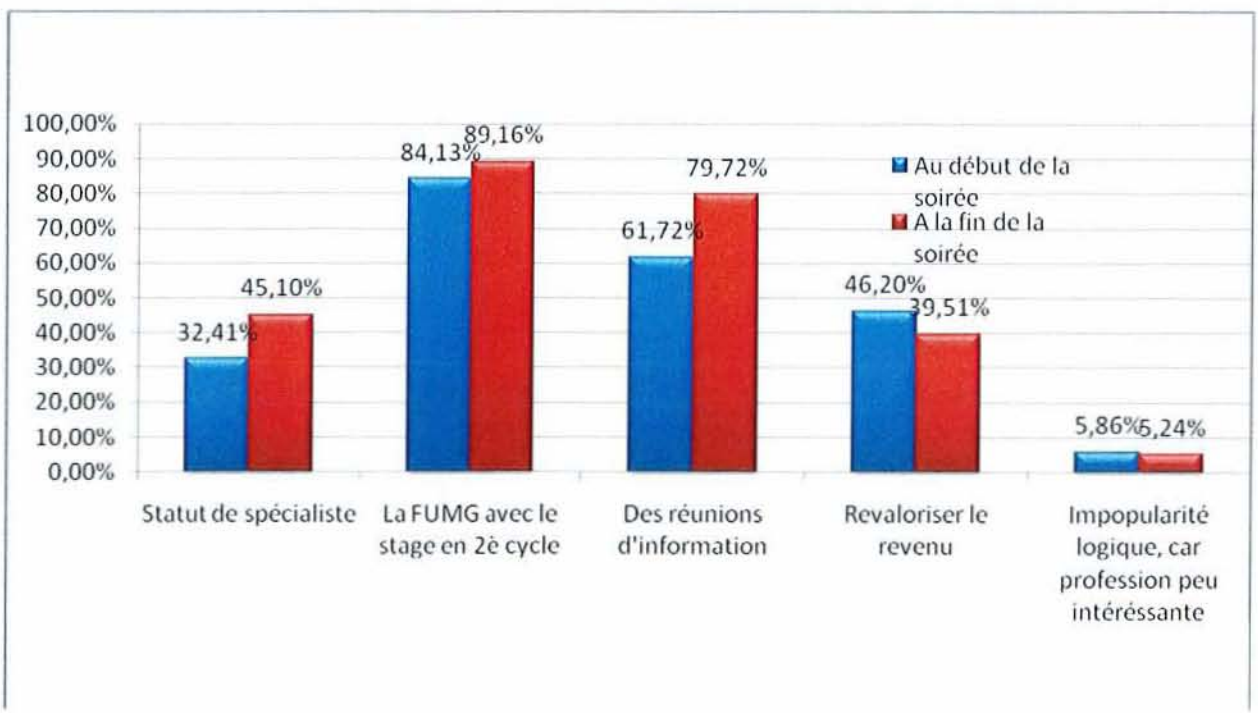
□ L'accès au statut de spécialité et son intégration à l'examen national classant depuis 3 ans vont progressivement changer les mentalités.

□ La filière universitaire de médecine générale avec notamment le stage d'externe en médecine générale

□ Multiplier les réunions d'information, d'échanges entre étudiants et médecins généralistes comme ce soir

□ Revaloriser la profession financièrement parlant

□ Cette impopularité est logique, cette discipline est globalement moins intéressante sur de multiples aspects, que les autres professions médicales.



	Statut de spécialiste	FUMG	Réunions d'information
Pré-test	32,41%	84,13%	61,72%
Post-test	45,10%	89,16%	79,72%
p (significatif si <0,05)	0,0024	0,0992	3,30E-06

	Revaloriser le revenu	Profession peu intéressante
Pré-test	46,20%	5,86%
Post-test	39,51%	5,24%
p (significatif si <0,05)	0,1200	0,8875

La filière universitaire de Médecine Générale par le biais du stage en 2ème cycle (89,16% en post test) et des réunions d'information comme celle-ci (79,72% en post test) sont pour les étudiants les deux solutions les plus efficaces pour rendre la Médecine Générale plus attractive lors des choix après l'Examen Classant National.
L'accès au statut de spécialité (45,10 %) et une revalorisation des revenus (39,51 % en post-test) ne font pas l'unanimité.

Enfin, très peu d'étudiants trouvent la situation « normale car la Médecine Générale serait moins intéressante que d'autres spécialités médicales » (5,24% en post-test).

Entre le pré-test et le post-test, on note 2 différences statistiquement significatives :

- La revalorisation par l'accès au statut de spécialiste est choisie par 32,41% des étudiants en début de soirée puis par 45,10% en fin de soirée, p = 0,0024.
- Les réunions d'information sur la Médecine Générale sont choisies par 61,72% en pré-test puis 79,72% en post-test, p = 3,30E-06.

- Quels sont pour vous les aspects les plus intéressants de la Médecine Générale ? *(plusieurs items possibles)*

□ La liberté de gérer son environnement, sa pratique selon sa propre philosophie

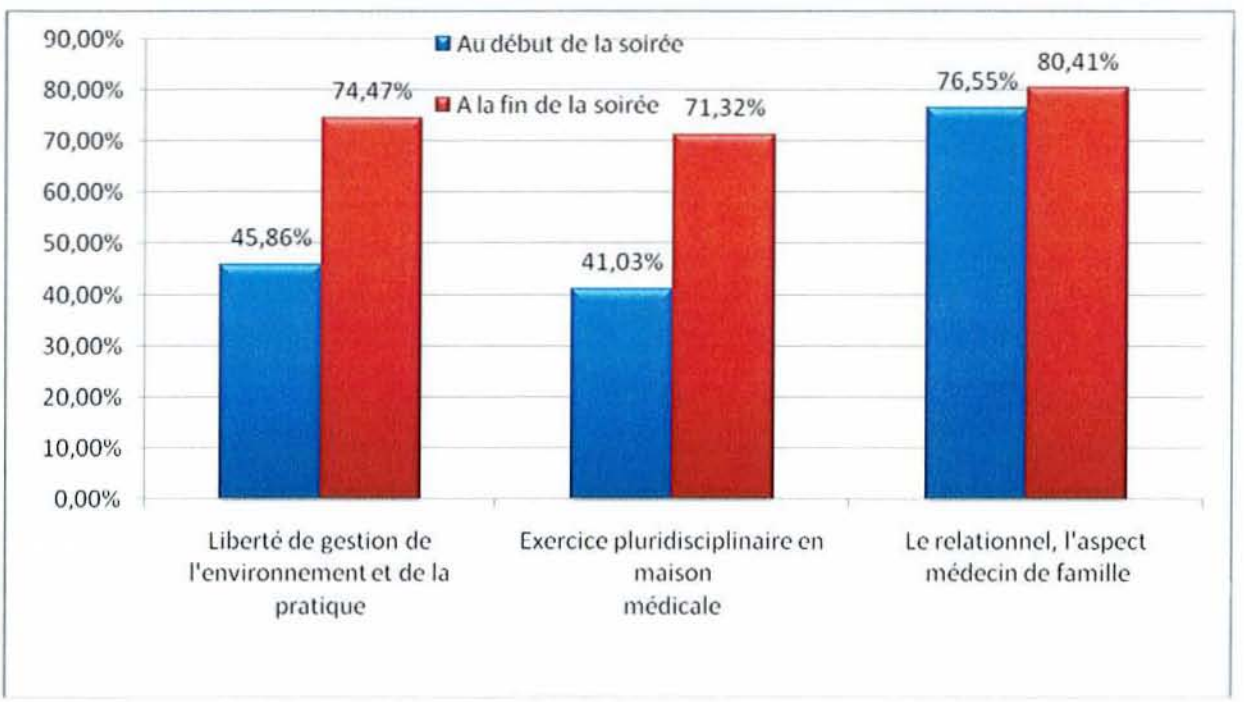
□ La possibilité d'exercice pluridisciplinaire en maison médicale (médecins généralistes, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens…)

□ Le relationnel, l'aspect médecin de famille

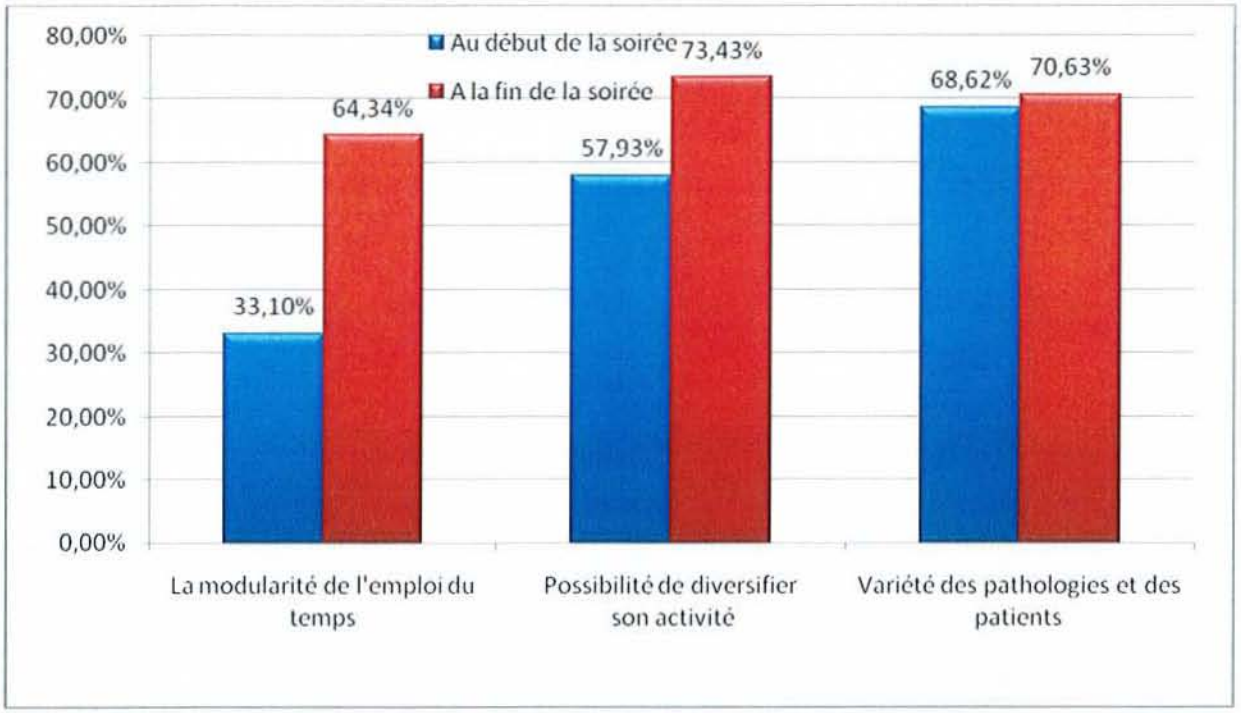
□ La modularité de l'emploi du temps

□ La possibilité de diversifier son activité (activité hospitalière, médecine du sport, médecines alternatives…)

□ Variété des pathologies et des patients (âge, milieu socioculturel…)



	Liberté gestion environnement	Exercice pluridisciplinaire	Le relationnel, médecin de famille
Au début de la soirée	45,86%	41,03%	76,55%
A la fin de la soirée	74,47%	71,32%	80,41%
p (significatif si < 0,05)	4,34E-12	4,46E-13	0,304



	La modularité de l'emploi du temps	Possibilité de diversifier activité	Variété des pathologies/patients
Pré-test	33,10%	57,93%	68,62%
Post-test	64,34%	73,43%	70,63%
p (significatif si < 0,05)	1,22E-13	0,0001296	0,6647

En début de soirée, 76,55 % des étudiants estiment que le relationnel, l'aspect « médecin de famille » est un des aspects les plus intéressants du métier de Médecin Généraliste. 57,93% retiennent la possibilité de diversifier son activité et 68,62% la variété des pathologies et des patients.

En revanche, la modularité de l'emploi du temps (33,10%), la possibilité d'exercice pluridisciplinaire en maison médicale (41,03%), la liberté de gérer son environnement et sa pratique selon sa propre philosophie (45,86%) sont régulièrement cités mais par moins d'un étudiant sur deux.

En post-test, les différences ne sont pas significatives pour les deux items les plus choisis en pré-test :

« La variété des pathologies et des patients », réponse choisie par 68,62% des étudiants en pré-test et 70,63% en post-test, p = 0,6647.

« Le relationnel, l'aspect « médecin de famille », réponse choisie par 76,55% des étudiants en pré-test et 80,41% en post-test, p = 0,304.

Pour les 4 autres items, la différence entre pré-test et post-test est nettement significative :

« La liberté de gestion de son environnement et sa pratique selon sa propre philosophie », réponse choisie par 45,86% des étudiants en pré-test et 74,47% en post-test, p = 4,34E-12.

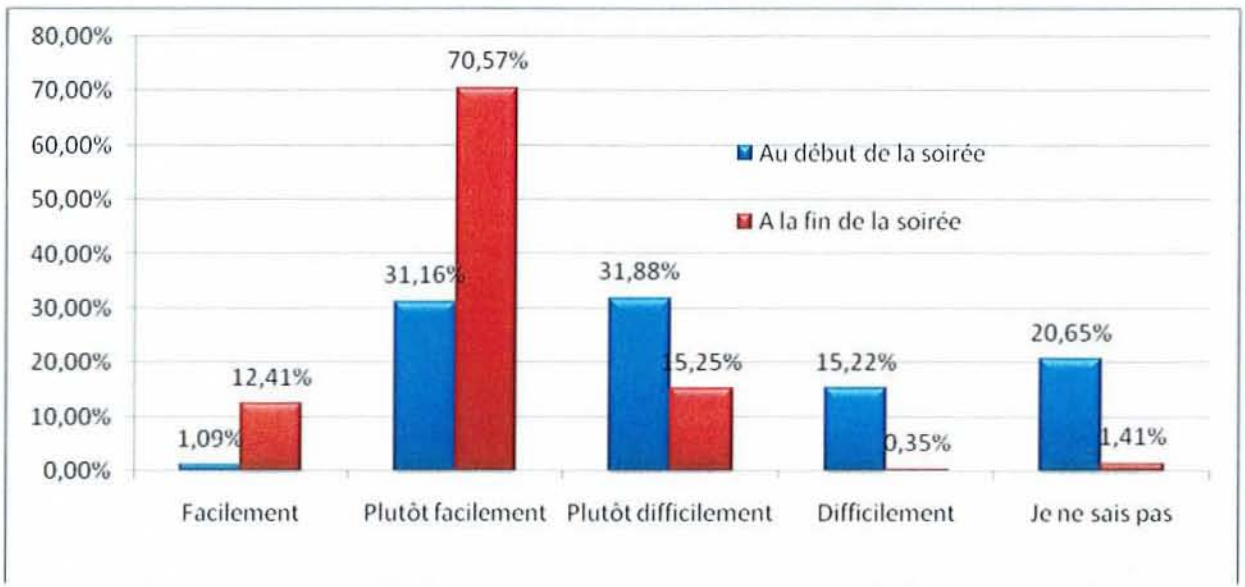
« Exercice pluridisciplinaire en maison médicale », réponse choisie par 41,03% des étudiants en pré-test et 71,32% en post-test, p = 4,46E-13.

« La modularité de l'emploi du temps », réponse choisie par 33,10% des étudiants en pré-test et 64,34% en post-test, p = 1,22E-13.

« La possibilité de diversifier son activité », réponse choisie par 57,93% des étudiants en pré-test et 73,43% en post-test, p = 0,0001296.

En post-test, toutes les réponses sont donc largement choisies puisque l'item le moins retenu est la modularité de l'emploi du temps qui est un des aspects les plus intéressants de la profession pour 64,34% des étudiants, toutes les autres propositions sont choisies par 70 à 80 % des étudiants.

- L'emploi du temps d'un médecin généraliste est-il aménageable ?



	Facilement	Plutôt facilement	Plutôt difficilement	Difficilement	Ne sait pas
En pré-test	1,09%	31,16%	31,88%	15,22%	20,65%
En post-test	12,41%	70,57%	15,25%	0,35%	1,41%

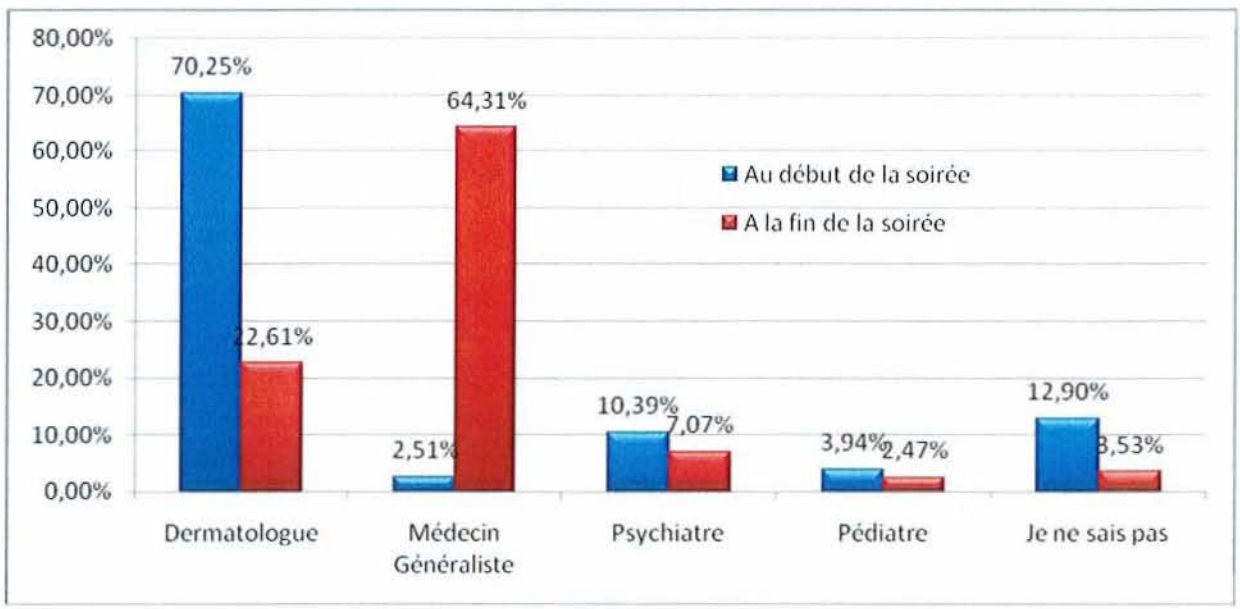
En pré-test, 32 % des étudiants pensent que l'emploi du temps d'un médecin généraliste est facilement ou plutôt facilement aménageable.

En post-test, 82 % des étudiants pensent que l'emploi du temps est plutôt facilement ou facilement aménageable.

La différence est significative, p = 2,2e-16

- Quel est parmi ces différents spécialistes, celui qui a le revenu moyen le plus élevé ?

  □ Dermatologue
  □ Médecin généraliste
  □ Psychiatre
  □ Pédiatre
  □ Je ne sais pas



	Dermatologue	Médecin Généraliste	Psychiatre	Pédiatre	Je ne sais pas
Au début de la soirée	70,25%	2,51%	10,39%	3,94%	12,90%
A la fin de la soirée	22,61%	64,31%	7,07%	2,47%	3,53%

Au début de la soirée, le Médecin Généraliste était le moins cité de tous les spécialistes (2%). Le dermatologue avec 67% des réponses était le plus cité.

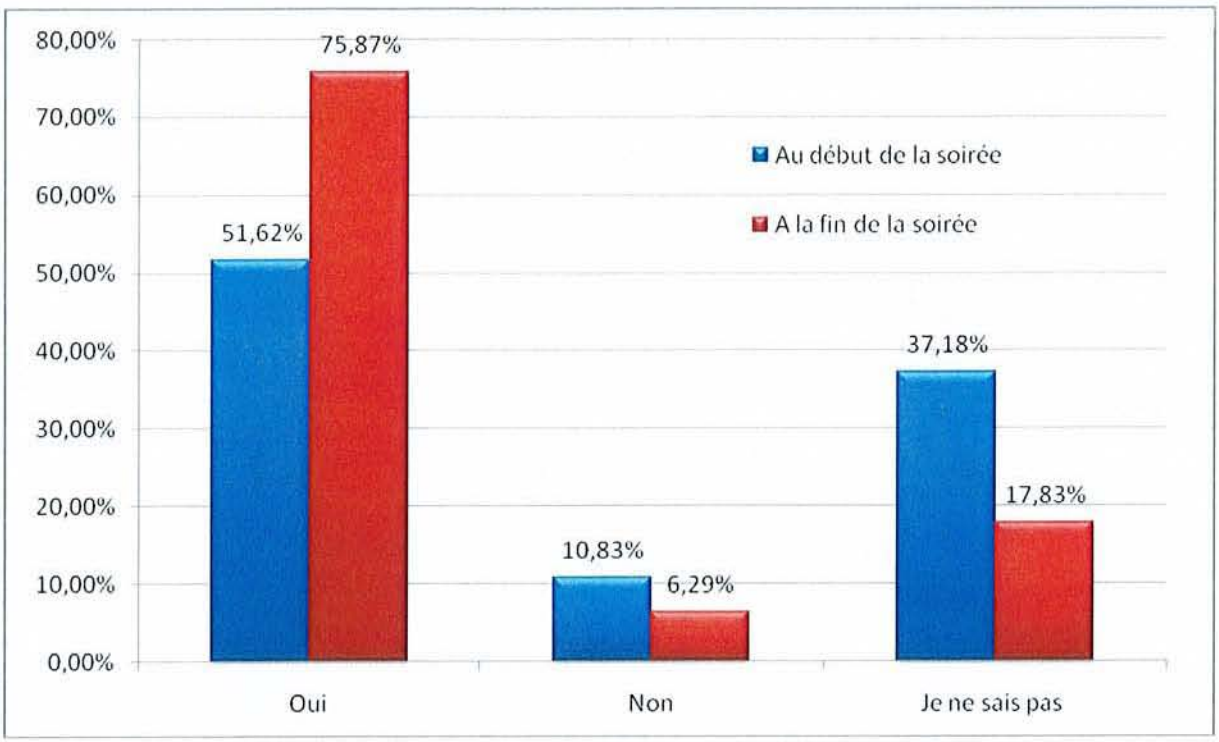
En fin de soirée pendant laquelle les revenus moyens des différentes spécialités ont été exposés, les rôles sont inversés et le Médecin Généraliste devient la réponse la plus choisie (64%).

- La médecine générale peut-elle vous apporter la qualité de vie que vous recherchez ?

  □ Oui

  □ Non

  □ Je ne sais pas



	Oui	Non	Je ne sais pas
Pré-test	51,62%	10,83%	37,18%
Post-test	75,87%	6,29%	17,83%

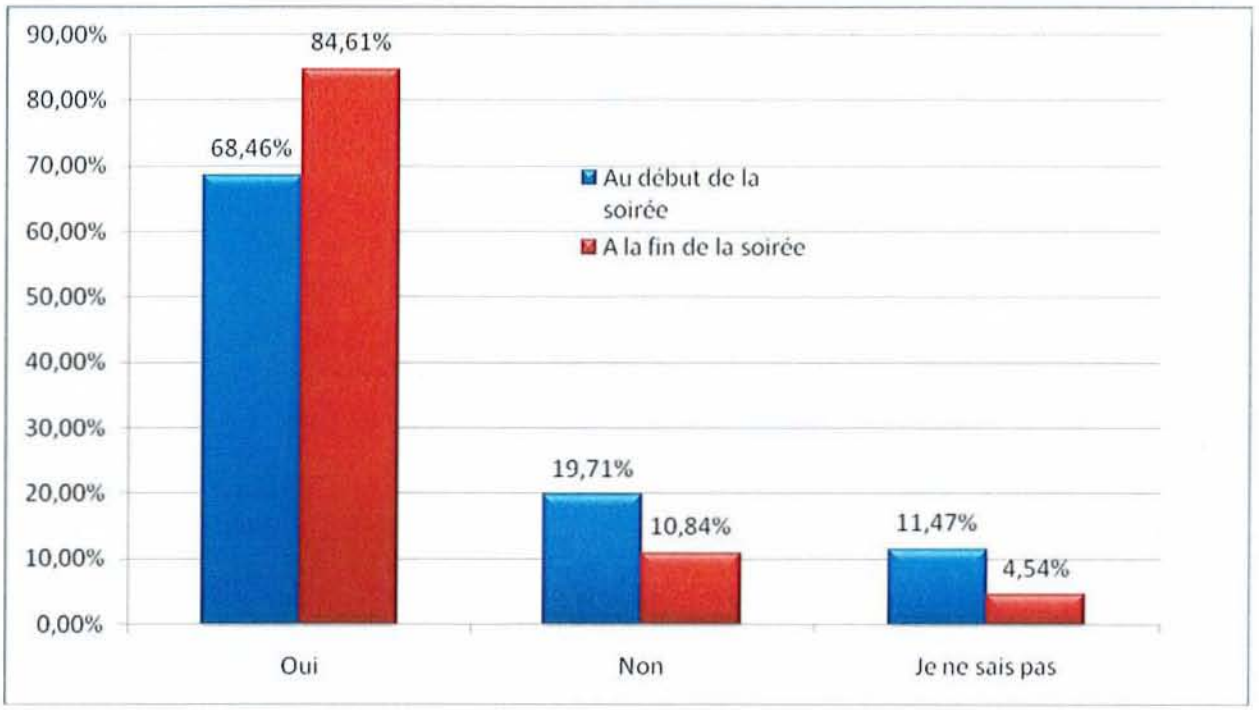
En pré-test, 51,62% des étudiants pensent que la Médecine Générale peut leur apporter la qualité de vie qu'ils recherchent.

En post-test, 75,87% pensent que la Médecine Générale peut leur apporter la qualité de vie qu'ils recherchent ; 6,29 % des étudiants ne le pensent pas (17,83% « je ne sais pas »).

La différence est significative, p = 5,497E-08.

- La Médecine Générale est désormais une spécialité à part entière.
  Ce statut est-il justifié ?

  □ Oui, la spécificité de sa pratique l'exige
  □ Non, par définition, un « généraliste » n'est pas « spécialiste »
  □ Je ne sais pas



	Oui	Non	Je ne sais pas
Au début de la soirée	68,46%	19,71%	11,47%
A la fin de la soirée	84,61%	10,84%	4,54%

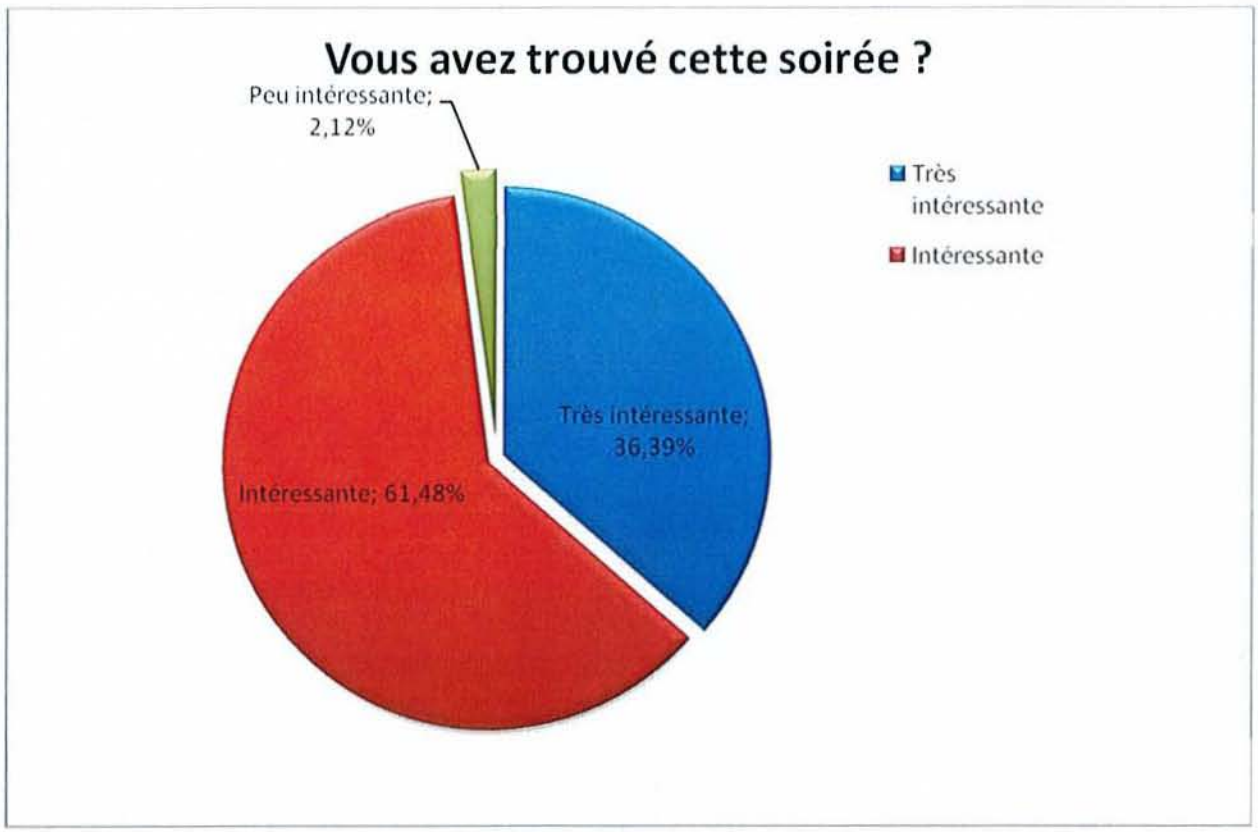
En pré-test, 68,46% des étudiants pensent que la spécificité du métier de Médecin Généraliste justifie un statut de spécialiste.

En post-test, 84,61 % des étudiants pensent que ce statut est justifié contre 10% de réponses négatives.

La différence est significative, p = 7,738E-05.

- Vous avez trouvé cette soirée :

  □ Très intéressante
  □ Intéressante
  □ Peu intéressante
  □ Pas intéressante



	Très intéressante	Intéressante	Peu intéressante	Pas intéressante
Soirée	36,39%	61,48%	2,12%	0,00%

97,87 % des étudiants pensent que la soirée fut « Très intéressante » ou «Intéressante ».

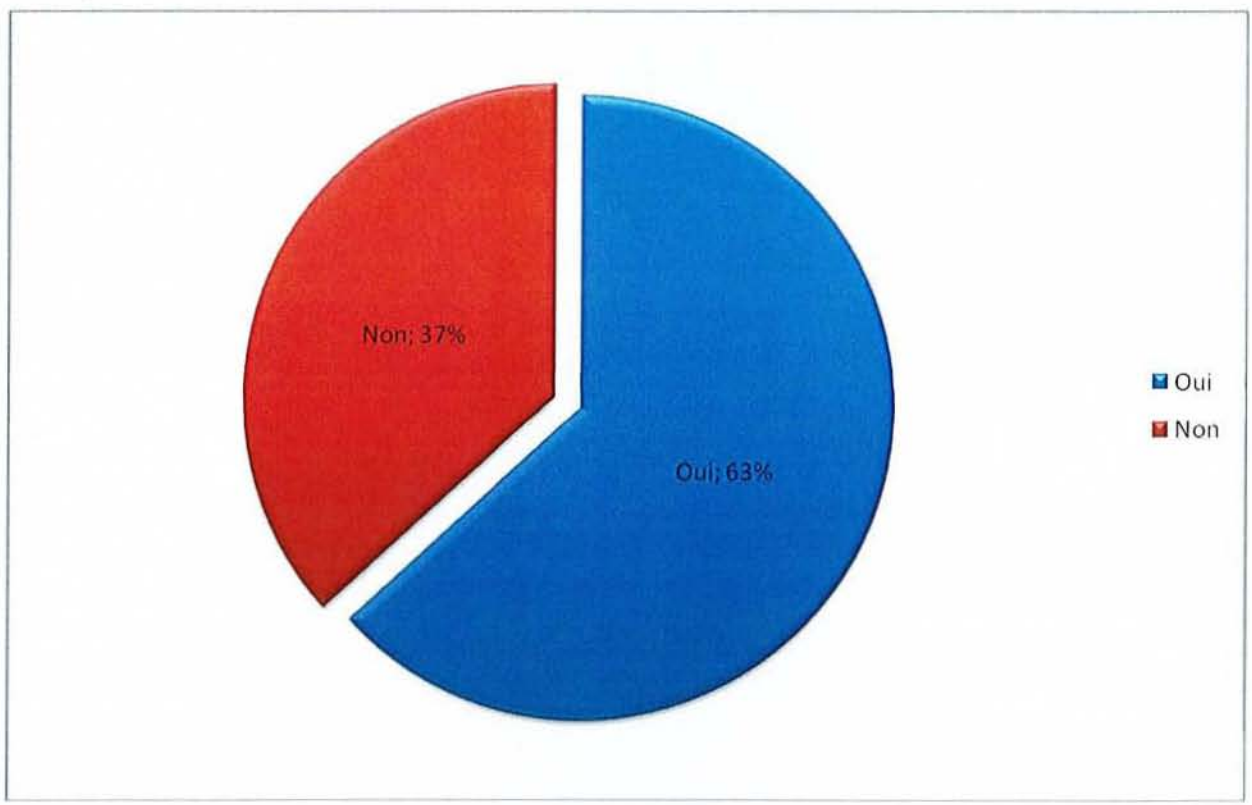
3.2. Questionnaire à distance

Pour ce questionnaire, nous nous sommes adressés aux nouveaux internes de Médecine Générale le jour du choix de leur premier semestre d'internat.

- Effectifs :

87 questionnaires ont été remplis. La promotion concernée comporte 126 internes qui n'étaient pas tous présents.

- Après l'ECN, « Médecine Générale à Nancy », était-ce votre premier choix ?
  - ❑ Oui
  - ❑ Non

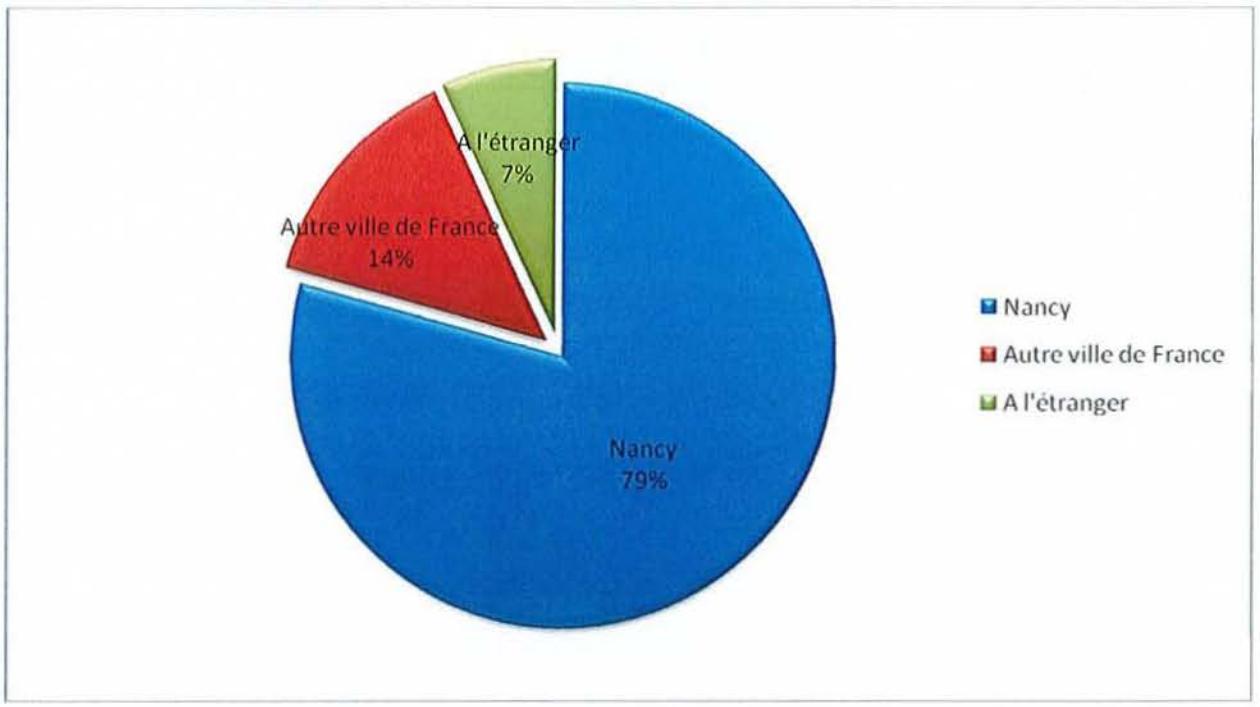


	Oui	Non
Effectifs	55	32
Proportions	63,22%	36,78%

Parmi les nouveaux internes, 36,78% des internes (32) ont choisi la Médecine Générale à Nancy alors que ça n'était pas leur 1er choix (choix par défaut).

- Avant cet internat de Médecine Générale à Nancy, vous étiez à :

  ❑ Nancy
  ❑ Une autre ville de France
  ❑ L'étranger



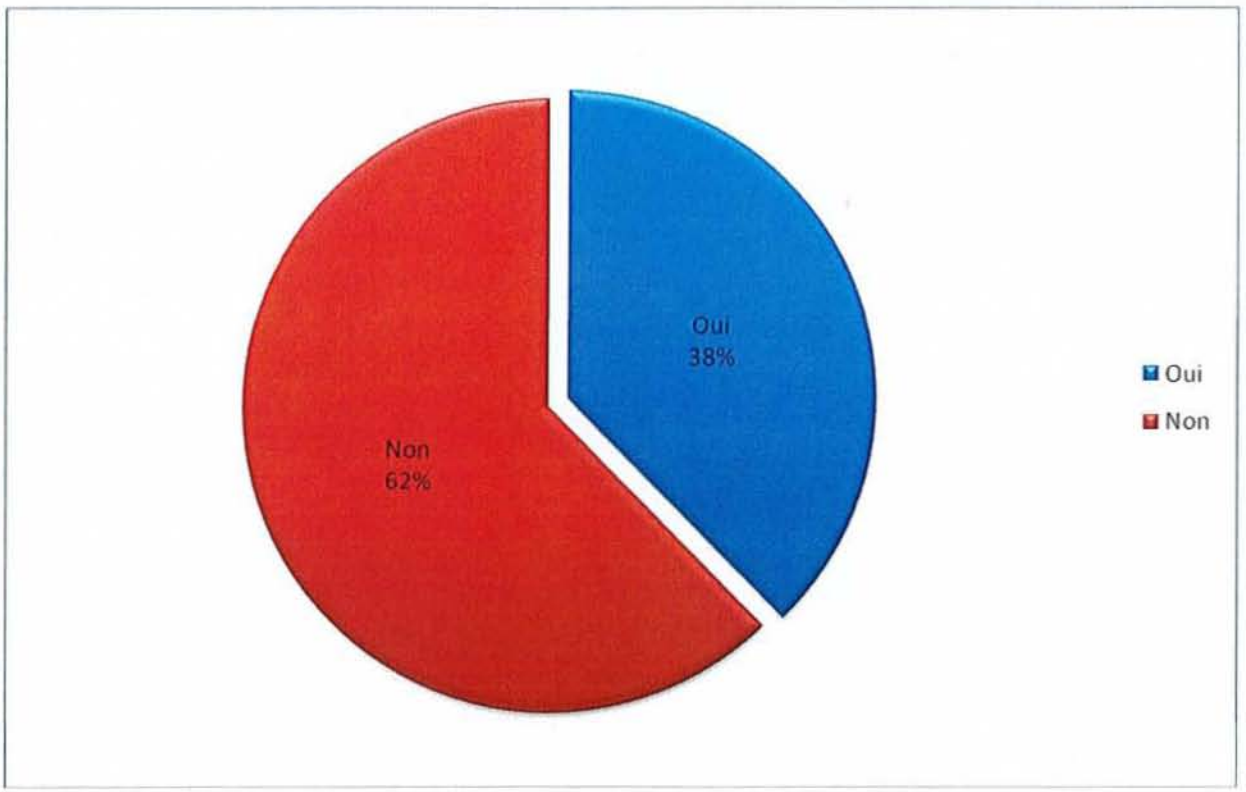
	Nancy	Autre ville de France	A l'étranger
Effectifs	69	12	6
Proportions	79,31%	13,79%	6,90%

La grande majorité des internes ont réalisé leur Deuxième Cycle des Etudes Médicales à Nancy 79,31%.

- Si vous étiez à Nancy, avez-vous participé à une des réunions d'information sur la médecine générale organisée autour d'un film à la maison médicale de Senones et d'un débat avec des médecins généralistes ?

  ❑ Oui

  ❑ Non



	Oui	Non
Effectifs	26	43
Proportions	37,68%	62,32%

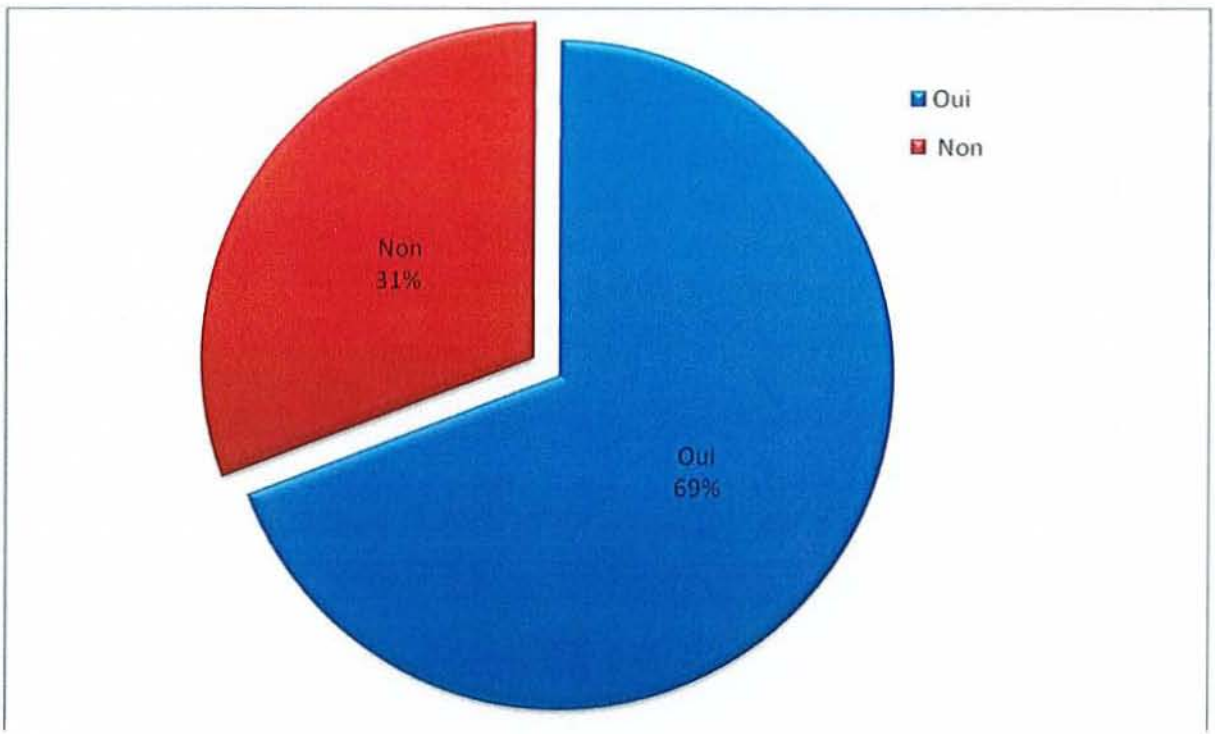
37,68% des nouveaux internes qui avaient réalisé leur 2ème cycle à Nancy avaient assisté à une des 2 soirées de valorisation de la Médecine Générale.

Pour mémoire, 42 externes de DCEM4 avaient assisté à ces soirées : on peut donc estimer que sur ces 42 externes de dernière année, 26 ont finalement choisi la Médecine Générale à l'issue des ECN soit 61,90 %.

- Si oui, est-ce que cette soirée vous a influencé dans votre choix final « Médecine Générale à Nancy » ?

  ❑ Oui

  ❑ Non



	Oui	Non
Effectif	18	8
Proportion	69,23%	30,77%

69,23% des internes ont été influencés par la soirée de valorisation de la Médecine Générale.

30,77% des internes ne l'ont pas été.

Dans les 2 cas, cette question ne permet pas de savoir si l'influence était positive ou négative et si pour ces personnes, la Médecine Générale à Nancy était leur premier choix.

- Est-ce que votre choix a été influencé par RAOUL-IMG et son site internet ?

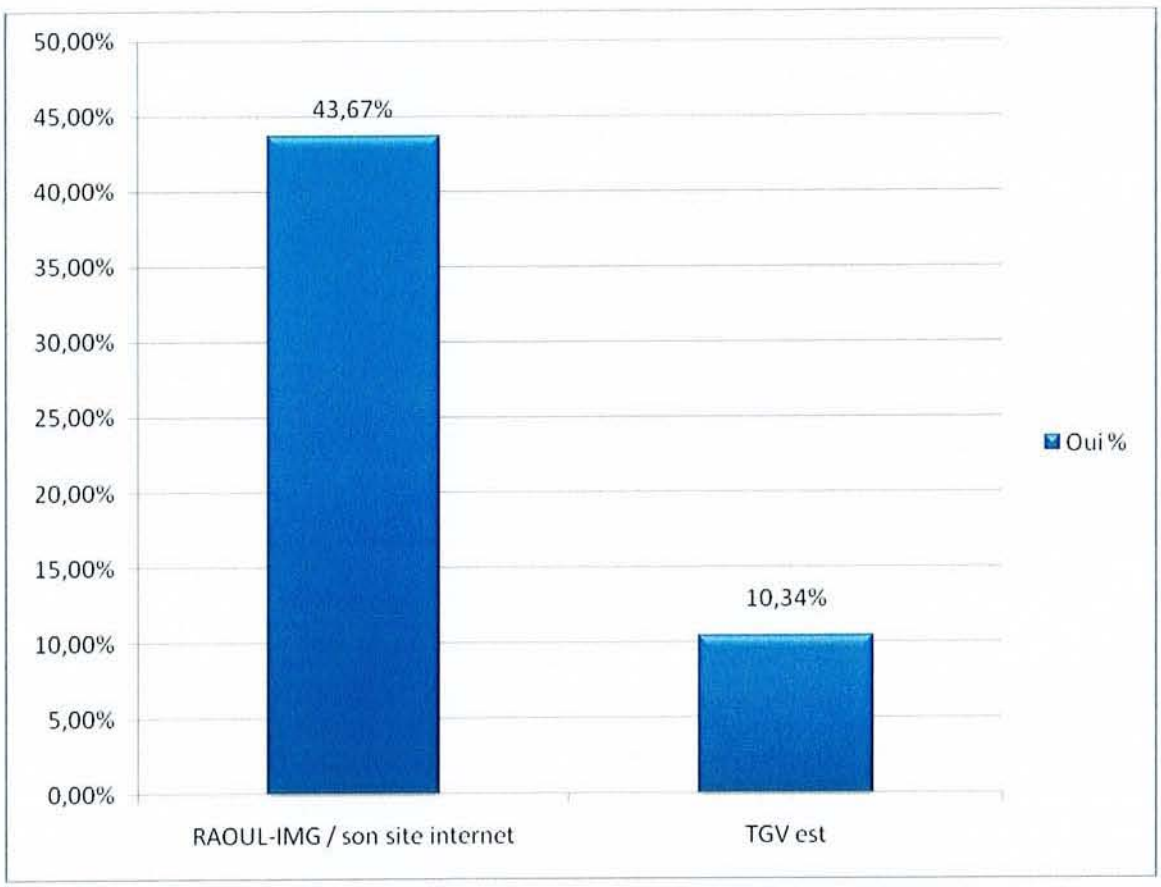
  ❑ Oui

  ❑ Non

- Est-ce que votre choix a été influencé par le TGV Est ?

  ❑ Oui

  ❑ Non



	RAOUL-IMG / son site internet	TGV est
Oui (proportion)	43,67%	10,34%
Non (proportion)	56,32%	89,66%
Oui (effectif)	38	9
Non (effectif)	49	78

Parmi les autres critères conduisant au choix de la Médecine Générale et au choix de la ville de Nancy, nous avons voulu évaluer deux hypothèses pouvant expliquer l'augmentation de l'effectif des nouveaux internes de Médecine Générale à Nancy en 2007 :

- La campagne d'information sur l'internat de Médecine Générale à Nancy menée après les ECN par RAOUL IMG
- L'arrivée quelques mois plus tôt du TGV Est, qui rend notre région plus accessible à l'échelle nationale

43,67% des internes ont été influencés par l'action de RAOUL-IMG,
10, 34 % par le TGV Est.

4. DISCUSSION

4.1. Limites méthodologiques

Les étudiants qui sont venus à la soirée étaient des étudiants intéressés par la soirée et par extension par la Médecine Générale et on peut supposer que cet échantillon n'était pas représentatif de l'ensemble des étudiants de leur promotion.

La deuxième soirée était destinée aux étudiants de la 4ème à la 6ème année et certains médecins qui intervenaient à la suite du film dans les discussions avec les étudiants n'étaient pas disponibles aux deux soirées. On ne peut exclure qu'il y ait eu une différence d'une soirée à l'autre due aux différences de public ou d'intervenants.

4.2. Le public

- La 1ère soirée ouverte à toutes les promotions a attiré presque 2 fois plus d'étudiants que la seconde, destinée plus spécifiquement aux étudiants de DCEM2, DCEM3 et DCEM4 (194 contre 99).

Sur l'ensemble des 2 soirées, 92 personnes de DCEM1 font de cette année d'étude la plus représentée. Les organisateurs du film étant dans cette année d'étude, on peut supposer qu'il y a eu une très bonne communication et que les étudiants de DCEM1 avaient été les mieux informés par le bouche à oreille de l'existence et du contenu de cette réunion. On peut également supposer que ces étudiants de DCEM1, prochainement étudiants hospitaliers sont particulièrement demandeurs de données concrètes avant leur première intervention dans le système de soins.

43 DCEM2, 52 DCEM3 et 42 DCEM4 étaient présents ; les années d'étude les plus proches du concours de l'ECN sont moins représentées, alors que deux soirées étaient à la disposition des étudiants de ces promotions.

L'obligation et le stress de préparation du prochain concours sont peut-être parmi les raisons de cette relative absence.

Notons également que le numerus clausus augmente chaque année, il y a donc plus

d'étudiants dans les promotions les plus jeunes. Ainsi en 2007, année de nos soirées de valorisation, il y avait :

- 273 étudiants dans la promotion de PCEM2 (dont 60 à la soirée),
- 272 étudiants en DCEM1 (92 à la soirée),
- 249 étudiants en DCEM2 (43 à la soirée),
- 186 étudiants en DCEM3 (52 à la soirée),
- 187 étudiants en DCEM4 (42 à la soirée).

Cela contribue à expliquer la présence plus importante des étudiants les plus jeunes.

- Lors de la seconde étude, nous avons recueilli 87 questionnaires sur 126 internes. Plusieurs internes n'avaient pu se rendre à la répartition et étaient représentés par des personnes de leur entourage ; d'autres n'ont simplement pas répondu à notre enquête.

Ces 87 questionnaires permettent néanmoins d'avoir idée relativement précise de la situation.

4.3. Un déficit d'information

De nombreux postes d'internes de Médecine Générale ne sont pas pourvus à l'Examen Classant National. Certes, c'est la spécialité qui bénéficie du plus grand nombre de postes du fait de l'organisation du système de soins français mais le fait que seule cette spécialité laisse des postes vacants après la répartition par ordre de classement, pose question. Pourquoi les étudiants ne choisissent pas la Médecine Générale ? Plusieurs éléments recueillis dans notre étude montrent qu'une simple information permet de casser des idées reçues :

- En début de soirée, 27 % des étudiants disent bien connaître le métier de médecin généraliste, proportion insuffisante quand on sait qu'ils doivent potentiellement choisir cette profession à l'examen classant national et qui confirme que la discipline est méconnue. **Cette proportion confirme le fameux « choix à l'aveugle » que sont contraints de faire les étudiants chaque année.**

- Quand on leur demande quels sont les aspects les plus intéressants de la

profession, trois items sont choisis chez plus de 50 % des étudiants :

- la diversité des pathologies, des patients (âges, milieux socioculturels)
- le relationnel, aspect « médecin de famille »,
- la possibilité de diversifier son activité

Ce sont les 3 arguments les plus intuitifs, naturels. En fin de soirée, toutes les réponses sont largement choisies avec toutes au moins 64 % de choix :

- la possibilité de gérer son environnement et sa pratique selon sa propre philosophie,
- la possibilité d'exercice pluridisciplinaire en maison médicale,
- la modularité de l'emploi du temps

La Médecine Générale ne se « devine » donc pas dans son intégralité, certains des attraits de la discipline telle qu'elle est pratiquée et organisée au sein du système de soins français, nécessitent une information, une découverte (soirées, stages...) pour être « comprise ».

- Une qualité de vie satisfaisante

En début de soirée, peu d'étudiants (2,51 %) savent que le Médecin Généraliste a un revenu moyen supérieur à d'autres spécialistes tels qu'un dermatologue, un psychiatre ou un pédiatre, cette idée reçue s'effondre à la fin de la soirée après information.

Peu d'étudiants (32,25 %) pensent à priori que l'emploi du temps d'un généraliste est facilement ou plutôt facilement aménageable contre 82,98 % en fin de soirée, après que les médecins présents leur aient exposé leur emploi du temps hebdomadaire habituel.

Au contraire, en fin de soirée, 75,87 % des étudiants (contre 6,29 % de réponses négatives) pensent que la Médecine Générale peut leur apporter la qualité de vie recherchée.

Les étudiants ne connaissaient pas avant la soirée le revenu moyen du Médecin Généraliste et la possibilité d'aménager son emploi du temps notamment en exercice de groupe mais la qualité de vie (revenu, emploi du temps) d'un généraliste semble donc tout à fait convenir à une très grande majorité des étudiants informés.

Revaloriser le revenu ne semble pas prioritaire pour attirer les étudiants vers la Médecine Générale et rattacher « la crise des vocations » qu'elle traverse à ce paramètre paraît extrêmement réducteur.

- Quand on leur demande quelles sont les solutions pour remédier à cette relative impopularité, la filière universitaire de Médecine Générale par le biais du stage en 2ème cycle (89,16 % en post test) et des réunions d'information comme celle-ci (79,72 % en post test) sont pour les étudiants les deux solutions les plus efficaces pour rendre la Médecine générale plus populaire. **Ces deux solutions plébiscitées visent à faire entrer la Médecine Générale dans le paysage des étudiants.** Elles ne tendent pas à modifier la profession en tant que telle.

La revalorisation des revenus ne fait pas l'unanimité, c'est d'ailleurs le seul item qui est moins cité en post-test qu'en pré-test (46,20 %en pré-test puis 39,51% en post-test)

L'accès au statut de spécialité n'est pas, pour la plupart des étudiants, un moyen de rendre la discipline populaire (45,10% en post-test) mais dés le début de la soirée, 68,46% des étudiants pensent que la spécificité du métier de Médecin Généraliste justifie un statut de spécialiste. En fin de soirée, cette proportion augmente à 84,61% des étudiants pour seulement 10,84% de réponses négatives. Il est donc reconnu par une large majorité des étudiants que le Médecin Généraliste est un spécialiste à part entière.

Enfin, très peu d'étudiants trouvent la situation « normale car la Médecine Générale serait moins intéressante que d'autres spécialités médicales » (moins de 6 %).

A la fin de la soirée, 93,57% des étudiants déclarent mieux connaître le métier de Médecin Généraliste et 97,87% des étudiants que la soirée fut intéressante ou très intéressante. Ces statistiques confirment que cette soirée les a éclairés, qu'elle aide à combler un vide. Il sera donc judicieux de réorganiser ce type de soirées, en complément du stage de Médecine Générale.

4.4. Cette soirée donne-t-elle envie de choisir la Médecine Générale à l'Examen Classant National ?

- Lors de l'évaluation pré-test / post-test, à la question, « la Médecine générale est elle votre premier choix ? » 48% des étudiants ont choisi « oui » ou « oui probablement »

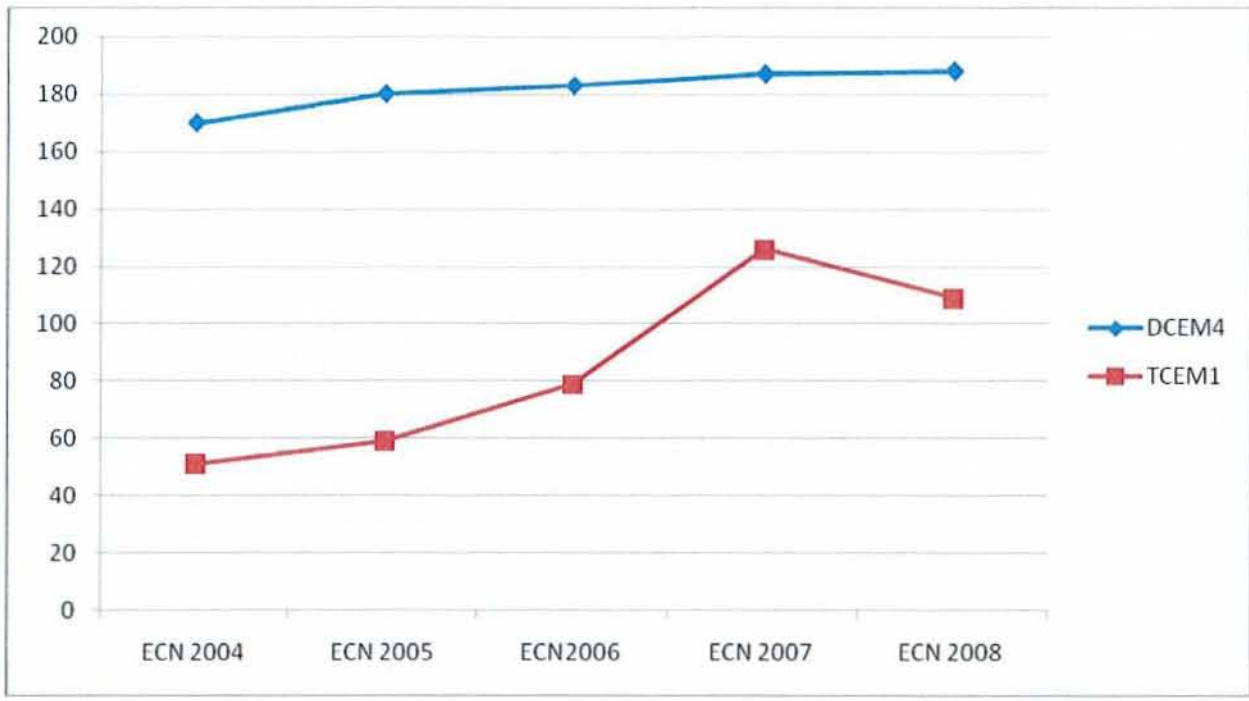
en début de soirée, proportion qui monte à 54 % en fin de soirée. La différence n'est pas significative.
A la question, « En quel rang de choix moyen pensez-vous placer la Médecine Générale ? Le rang moyen est de 2,685 puis 2,397 ; p = 0,0802 : la différence n'est pas significative. On peut supposer que ce type de décision impose une réflexion plus longue.

- Lors de la seconde étude menée directement auprès des étudiants qui venaient de choisir l'internat de Médecine Générale à Nancy, on retrouve 26 des 42 des étudiants de DCEM4 présents à une des 2 soirées. Comme nous l'avons vu, nous n'avons pu obtenir que 87 questionnaires sur 126 internes mais cette proportion de 62% est déjà importante. Parmi ces étudiants, 69,23% (18 sur 26) ont été influencés par cette soirée. La question ne précise pas si les étudiants ont été influencés favorablement mais les résultats de la précédente étude pré-test / post-test laissent raisonnablement penser que cette influence est majoritairement positive et que la soirée a permis de convaincre certains étudiants indécis de choisir la Médecine Générale.

- Un choix « par défaut »

Cette seconde étude montre que 36,78 % des étudiants ont effectué un choix par défaut, que la Médecine générale était pour eux un second choix. Nous ne savons pas quelle proportion de ces étudiants a eu l'occasion de découvrir la Médecine Générale en second cycle, mais la Médecine Générale, spécialité qui a le plus grand nombre de postes dévolus, reste un choix « refuge » pour ceux dont les résultats au concours n'ont pas permis d'accéder à une spécialité dont le nombre de postes est moins important.
Cela pose néanmoins problème puisque comme nous l'avons vu, ces étudiants ne deviendront pas tous médecins généralistes. Une proportion importante choisira une voie différente grâce à un DESC ou orientera sa pratique vers une Médecine à Exercice Particulier.

- Il est intéressant de mettre en parallèle pour chaque année, les effectifs des DCEM4 qui ont passé l'ECN et les effectifs des internes de premier semestre de Médecine Générale qui ont choisi la Médecine Générale à l'issue de l'ECN la même année :



	ECN 2004	ECN 2005	ECN2006	ECN 2007	ECN 2008
DCEM4	170	180	183	187	188
TCEM1	51	59	79	126	109

Ces chiffres ne permettent pas à eux seuls de conclure que les soirées ont convaincu des étudiants de faire le choix de la Médecine Générale. En effet, certains DCEM4 ont quitté Nancy et, parallèlement, certains internes nancéens sont originaires d'autres villes françaises ou de l'étranger.

Néanmoins, nous voyons qu'en 2007, l'année de nos soirées de valorisation, il y a davantage de nouveaux internes de Médecine Générale à Nancy que les autres années alors que l'effectif de DCEM4 n'était pas plus important.

5. Conclusion

Les soirées ont rencontré un franc succès en attirant 292 étudiants venus pour découvrir la Médecine Générale. Les résultats des questionnaires ont révélé que les étudiants connaissaient mal le métier de médecin généraliste et avaient une image incomplète voire erronée de la profession.

La relative impopularité que rencontre la discipline à l'examen classant national n'est pas imputable à la qualité de vie ou au manque d'intérêt du métier lui-même mais à un manque d'information des étudiants qui les conduit souvent à un choix à l'aveugle à l'issue de l'examen classant national.

Il est difficile d'évaluer immédiatement si les soirées ont convaincu certains étudiants de faire le choix de la médecine générale mais la quasi-totalité des étudiants ont jugé cette soirée intéressante, soirée qui leur a permis de mieux connaître le métier de médecin généraliste.

A distance, parmi les nouveaux internes de Médecine Générale qui avaient assisté à la soirée, 69,23 % disent avoir été influencés dans leur choix par ces soirées.

DISCUSSION GENERALE

1. Un besoin reconnu

Le besoin d'intégrer la Médecine Générale précocement dans les études médicales est aujourd'hui clairement identifié.
Certains pays étrangers rivalisent d'imagination et proposent des solutions variées pour présenter la Médecine Générale aux étudiants.
Parallèlement, la soirée que nous avons organisée permet de découvrir la Médecine Générale sous un autre regard, celui d'étudiants qui n'ont jamais connu d'activité de soins et qui ont découvert caméra sur l'épaule, une Médecine Générale moderne dans une maison de santé pluridisciplinaire.
Au final, l'envie est grande de tirer profit de ces différentes expériences pour organiser de manière optimale les premier et deuxième cycles de Médecine Générale.
Tentons ainsi de décrire les deux premiers cycles « idéaux ».

2. Améliorations possibles

2.1. Intégration à l'enseignement actuel

L'enseignement de la Médecine Générale ne peut pas faire l'objet d'un module à part entière, au sein des premier et deuxième cycles actuels. Le Médecin généraliste intervient sur des motifs de consultation très variés à tel point que toutes les spécialités médicochirurgicales sont concernées par les soins de premiers recours.
A ce titre, l'enseignement de Médecine Générale doit être intégré de façon transversale dans l'enseignement, à l'image de la discipline.
Quel rôle pourrait jouer le Médecin Généraliste dans le programme d'enseignement actuel ?

- **Première année (PCEM1)**

C'est en France une année difficile dite de « sélection », où les étudiants s'investissent beaucoup pour devenir médecin mais également dentiste, kinésithérapeute, sage-femme ou ergothérapeute. Dans le cas où le métier de médecin les intéresse, ils ne sont pas encore concernés par le choix de leur spécialité.

Néanmoins, on essaie actuellement de mettre l'accent sur l'humanisme dans les études médicales ; le module d'enseignement le plus important est ainsi dédié aux Sciences Humaines et Sociales. Il serait intéressant de confier quelques heures d'enseignement de ce module à des Médecins Généralistes. A Nancy, 4 heures sont ainsi consacrées aux différentes « Professions de santé » et « Systèmes de santé des pays industrialisés ».

Une heure animée ou co-animée par un Médecin Généraliste pour définir **« les soins de premier recours »** et **« Le rôle de pivot du Médecin généraliste dans le système de santé »** pourrait enrichir ce programme.

En Suisse, comme nous l'avons vu, le Médecin Généraliste est même impliqué dans des domaines d'intervention plus larges, comme les aspects juridiques ou économiques de la santé ou la place de la médecine dans la société, pour la communauté et pour l'individu.

- **Deuxième année (PCEM2)**

Les étudiants de 2ème année ont réussi le concours de PCEM1 et vont devenir médecins. Cette année d'étude leur permet de poursuivre l'apprentissage des sciences dites fondamentales. Un enseignement d'anglais, d'informatique et un module optionnel obligatoire leur permet de s'ouvrir à des disciplines extérieures aux sciences fondamentales.

Voici les différents modules optionnels disponibles à Nancy :

- Anglais général
- Initiation à la Médecine Humanitaire
- Connaissance de soi et Santé
- Initiation à l'analyse d'articles scientifiques
- Initiation à la Médecine Aéronautique
- Préparation Militaire Terre « Spécialisation Santé »
- Peut-on faire confiance aux questionnaires ?
- Tutorat des PCEM 1
- Responsabilité, Médecine Légale et Éthique
- Prévention V.I.H., hépatites virales B et C, et autres IST

- Pratiques communicatives en langage signe

Il serait intéressant que les étudiants puissent accéder à un module d'enseignement optionnel « **Médecine Générale et soins de premier recours »**, qui trouverait aisément sa place dans le programme diversifié cité ci dessus.
Nous l'avons vu, les étudiants sont avides de découvrir la Médecine Générale au plus tôt dans leur cursus et il est probable qu'un tel module rencontrerait un succès important.

- **Troisième année (DCEM1)**

Après deux années de sciences fondamentales, la troisième année (première année du deuxième cycle) correspond pour l'étudiant à la découverte de l'individu « malade ». Il entame l'apprentissage des différentes pathologies et entre dans le rôle de soignant avec des séances pratiques de sémiologie.

Il n'est pas envisageable de pratiquer des séances collectives de sémiologie dans un cabinet de Médecine Générale, l'hôpital est en effet un endroit plus approprié (même si l'intimité du patient doit également y être respectée) mais le médecin généraliste peut jouer un rôle dans l'apprentissage de l'examen clinique par un enseignement qui pourrait précéder les séances hospitalières.
L'examen clinique est souvent conduit sur des patients en bonne santé : c'est le cas quand un médecin doit rédiger un certificat d'aptitude / de non contre-indication à une activité et c'est aussi plus largement le cas des consultations de suivi, de prévention réalisées dans les cabinets de Médecine Générale et les centres de médecine préventive. Cet examen clinique d'un individu sain est d'ailleurs utile pour que les étudiants puissent ensuite mieux constater, par comparaison, les signes cliniques des différentes pathologies. En cela, il est tout à fait envisageable d'organiser un enseignement avec diffusion d'une vidéo puis des ateliers pratiques où des camarades s'examinent à tour de rôle, dans de petits espaces. Ce serait aussi l'occasion d'aborder le comportement et la communication qu'il faut veiller à employer face à l'intimité et au toucher.

Parallèlement au côté « physique » de la sémiologie, il serait logique de procéder à une initiation à l'anamnèse et plus largement aux techniques de communication en médecine, pour faire face à des situations courantes. Un tel enseignement pourrait être animé par

plusieurs médecins de spécialités différentes, des médecins généralistes mais également des psychiatres et à nouveau s'organiser autour d'une séance vidéo relatant les comportements à adopter ou à éviter. Par la suite, des séances pratiques sous la forme d'atelier peuvent être constructives.

- **Quatrième, cinquième et sixième années (DCEM2, DCEM3, DCEM4)**

Durant ces 3 années, le programme d'enseignement permet de poursuivre l'apprentissage des différentes pathologies et de leur prise en charge. L'enseignement comporte 3 parties selon l'arrêté du 10 octobre 2000 concernant l'enseignement de la 2ème partie du 2ème cycle des études médicales [34] :

- La première partie est organisée sous la forme de modules dits transdisciplinaires au nombre de 11 :

Module 1 : Apprentissage de l'exercice médical
Module 2 : De la conception à la naissance
Module 3 : Maturation et vulnérabilité
Module 4 : Handicap incapacité dépendance
Module 5 : Vieillissement
Module 6 : Douleurs, soins palliatifs, accompagnement
Module 7 : Santé, environnement et maladies transmissibles
Module 8 : Immunopathologie, réaction inflammatoire
Module 9 : Athérosclérose, hypertension et thrombose
Module 10 : Cancérologie, oncohématologie
Module 11 : Synthèse clinique et thérapeutique

Pour ces modules transdisciplinaires, on peut facilement imaginer pour chacun d'entre eux la présence d'une heure d'enseignement dirigée conjointement par le généraliste et le responsable du module en question pour définir le rôle du Médecin Généraliste dans les pathologies couvertes par chacun de ses modules : le dépistage de ces pathologies, les examens complémentaires utiles dans une démarche de soins de premier recours, l'organisation du suivi de pathologies chroniques, la périodicité et les indications de recours au spécialiste.

- La 2ème partie est nommée « Maladies et grands syndromes »:

Ce chapitre est consacré à 70 pathologies. L'enseignement aborde ces différentes maladies de manière approfondie, de l'épidémiologie au traitement. Il s'éloigne de la démarche de soins car on ne part pas d'une plainte ou d'un signe clinique pour élaborer une série d'hypothèses diagnostiques. En ce sens, la place du Médecin Généraliste dans ce chapitre n'est pas évidente.

- La 3ème partie de l'enseignement du second cycle « Orientation diagnostique devant... » propose une réflexion et une conduite à tenir devant 54 situations courantes. Il est probable que la plupart des patients qui rencontrent une telle situation ait dans un premier temps recours à leur médecin généraliste.

Selon l'examen clinique et éventuellement les examens complémentaires, la situation ne nécessite pas toujours une consultation auprès d'un spécialiste.

Il parait peu envisageable d'organiser pour chacune de ces 54 questions, l'intervention d'un médecin Généraliste et son rôle serait accessoire.

Cependant, calquer l'enseignement de la démarche de soins sur l'exemple d'une prise en charge réelle telle qu'elle est pratiquée dans le système de soins français peut-être intéressant : décrire ainsi ce qui peut-être du ressort du médecin Généraliste et les symptômes ou résultats d'examens qui justifient de passer le relai au spécialiste, est important pour clarifier le rôle de chacun des intervenants dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces situations courantes.

Cette intégration permettrait d'aborder plus souvent la Médecine Générale au cours de l'enseignement habituel, sans pour autant perturber les étudiants qui ont une vocation pour une autre spécialité puisque l'enseignement ainsi organisé resterait fidèle au programme de l'Examen National Classant.

2.2. Complément spécifique aux soins de premiers recours

L'intervention plus fréquente de médecins généralistes dans le programme « classique » permettrait d'offrir aux étudiants une vision plus représentative du système de soins et une initiation théorique aux soins de premier recours.

Néanmoins, cela ne suffirait pas pour bien appréhender le quotidien du médecin généraliste. Sur la forme en effet, la pluralité des modes d'exercice rencontrés en Médecine générale est étonnante. D'une part, quelle que soit la spécialité, l'activité libérale est différente de l'activité hospitalière. D'autre part, selon la situation géographique (urbaine, rurale, banlieue), selon l'organisation de l'emploi du temps (garde, horaires, vacances), selon que l'exercice soit solitaire ou en cabinet de groupe (avec d'autres généralistes, des spécialistes ou des professions paramédicales), la diversité de pratique est grande. Un médecin généraliste qui exerce seul aux pieds de la Tour Eiffel ne fait pas le même métier qu'un médecin qui exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire en Meuse...

Cet aspect ne justifie peut-être pas d'être abordé dans un enseignement puisqu'il ne s'agit pas de formation, mais dans une logique de valorisation de la profession, il est indispensable d'évoquer le fait que chaque médecin peut construire son exercice en fonction de ses envies. L'exercice hospitalier est bien connu des étudiants et il est normal qu'au moment de leur choix, ils aient également été informés sur la spécificité de l'exercice libéral sur les plans organisationnel et matériel.

Enfin, la dimension humaine de la profession, les nombreux rapports qu'entretient le Médecin Généraliste avec d'autres acteurs du système de santé (médecins, professions paramédicales, caisses d'assurance-maladie), les spécificités du suivi au long cours, la variété des patients en terme d'âge, de sexe, de milieu socioculturel) sont autant d'éléments qui ne se prêtent pas bien à un enseignement magistral et transversal comme évoqué précédemment.

Pour toutes ces raisons, une approche spécifique serait parfaitement complémentaire.

Le stage de Médecine Générale en est l'exemple le plus concret et nous l'avons vu, il existe d'autres formes novatrices qui permettraient aux étudiants d'être en contact avec la Médecine Générale durant toutes leurs études :

- Dès la PCEM2, des « soirées de valorisation de la Médecine Générale »

Organisée par les « étudiants pour les étudiants » sur notre modèle. Selon les besoins, certaines soirées pourraient être orientées vers des étudiants plus ou moins avancés dans leur cursus. L'objectif est que chaque étudiant assiste au moins une fois à une telle soirée. Nous l'avons vu, des soirées de présentation de la Médecine Générale ont été organisées

aux Etats Unis et au Canada sous une forme un peu différente. Aux Etats Unis, à la fin de la soirée, un document de synthèse était distribué aux étudiants afin qu'ils puissent garder en mémoire les grands axes de la soirée.

Ce document pourrait ressembler au document de « Réponses aux questions fréquentes » (FAQ) que les Etats Unis ont créé et largement diffusé à tous les étudiants en Médecine (page 45).

- Le séminaire de Médecine Générale en DCEM 1 ou DCEM2 resterait, parallèlement aux soirées de valorisation une entrée « officielle » dans le monde de la Médecine Générale puisqu'à la différence des soirées de valorisation, ces séminaires sont organisées par le département de Médecine Générale et sont obligatoires. L'orientation théorique de ce séminaire ne doit pas le rendre rébarbatif et il faut tenter de conserver l'enthousiasme affiché lors des soirées de valorisation. Conformément aux critiques émises par les étudiants dans la thèse de François Delage à Bordeaux, l'intervention d'un médecin spécialiste en binôme n'est pas indispensable puisqu'aucune pathologie n'est abordée de manière approfondie (page 28).

- Le stage de Médecine Générale doit être de durée égale aux autres stages et tous les étudiants doivent l'effectuer au cours de leurs études.
Pour que ce stage soit bénéfique à l'étudiant, il faut qu'il ait la maturité nécessaire pour comprendre et participer de manière naturelle à l'activité de consultation.
DCEM3 et la DCEM4 paraissent être les années d'études les plus appropriées.

- Les GIMG, groupes d'intérêt en Médecine Générale :
Des études réalisées immédiatement après un stage ont montré que ce contact avec la Médecine Générale avait des effets largement positifs sur l'image de la discipline auprès des étudiants et sur l'éventuelle envie de la pratiquer dans l'avenir. D'autres études ont montré que cet enthousiasme s'atténuait dans les semaines et les mois qui suivaient le stage, après le retour de l'étudiant dans un circuit hospitalier...

Les groupes d'intérêt de Médecine Générale seraient l'équivalent des Groupes d'Intérêt de Médecine Familiale qui rencontrent un vif succès dans la quasi-totalité des facultés canadiennes.

Pour mémoire, ces groupes offrent la possibilité aux étudiants de rencontrer des médecins généralistes en dehors du programme régulier. Les étudiants ont la possibilité de discuter des réalités de la pratique de médecine familiale, examinent des sujets cliniques dans une perspective de médecine familiale, apprennent à effectuer des procédures courantes. Les groupes d'intérêts sont appuyés au Canada par les facultés, les départements de médecine familiale et les sections provinciales du collège des Médecins de Famille.

En France, un Groupe d'Intérêt de Médecine Générale pourrait réunir par exemple chaque trimestre, deux maîtres de stage et les étudiants qui ont effectué un stage chez chacun d'entre eux.
L'étudiant intègrerait le GIMG après son stage et y resterait jusqu'à l'Examen National Classant, voire plus s'il le souhaite.
Cette réunion conviviale permettrait à l'étudiant de prendre des nouvelles de patients qu'il a suivis, d'échanger à nouveau sur les aspects pratiques du quotidien du médecin généraliste, de prendre connaissance des nouvelles recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) et éventuellement de simuler une séance de Formation Médicale Continue sur le modèle des groupes de pairs.

Le médecin généraliste maître de stage adopte à nouveau le rôle de modèle positif, indispensable pour proposer à l'étudiant un regard optimiste sur la Médecine Générale.

Le « paysage de la Médecine Générale » au cours des deux premiers cycles serait ainsi complètement modifié.
Des médecins généralistes interviendraient régulièrement dans l'enseignement habituel et les médecins spécialistes évoqueraient dans l'enseignement de certaines pathologies, le champ d'intervention des médecins généralistes.
Dans le même temps, les étudiants par le biais de soirées de valorisation, du séminaire, de stage de Médecine Générale puis des groupes d'intérêt auraient l'occasion de découvrir la complexité de la profession dans ses différentes dimensions et d'échanger tout au long de leurs études avec des médecins généralistes, parallèlement au reste de leur formation.

CONCLUSION

Aujourd'hui, comme nous l'avons vu, les perspectives sont inquiétantes sur le plan de la démographie médicale et chaque année des postes d'internes de Médecine Générale sont non pourvus à l'issue de l'ECN.
Parallèlement, une envie forte de découvrir cette spécialité émane des étudiants qui sont aujourd'hui contraints à réaliser un choix à l'aveugle.
Ces données révèlent un phénomène passé inaperçu et que l'on s'attache aujourd'hui à corriger : la Médecine Générale est insuffisamment intégrée aux deux premiers cycles des études médicales.

Cette exposition plus précoce permet de compléter la formation actuelle des étudiants en médecine : aborder les soins de premier recours semble indispensable à une meilleure compréhension du système de soins et permet de découvrir une approche différente de la relation médecin/malade, centrée sur le patient plutôt que sur la maladie.
Le fait de rendre la Médecine Générale plus accessible pour les étudiants permet de faire évoluer les mentalités et de rendre une image plus noble à la spécialité.

Nous avons vu dans plusieurs études internationales que cette revalorisation joue un rôle sur l'orientation de certains étudiants, en leur proposant une image positive de la Médecine Générale, jusque là méconnue.
La découverte de la profession permettra également aux étudiants qui feront un autre choix d'orientation de mieux comprendre l'exercice quotidien de leurs correspondants généralistes.

L'étude de la situation internationale a permis de définir plusieurs solutions pour adapter au mieux l'enseignement des soins de premiers recours aux études médicales.
Au sein de l'enseignement magistral habituel, il est nécessaire d'évoquer plus souvent le rôle du médecin généraliste dans les situations de soins courantes.
Néanmoins, cela est insuffisant : la spécificité du rôle de pivot du médecin généraliste se prête mal à l'association « hôpital/amphithéâtre », support traditionnel des études médicales. Le stage de Médecine Générale qui s'intègre progressivement au cursus est bien sûr la solution la plus naturelle pour aborder le quotidien du médecin généraliste et il peut être bonifié par d'autres formules plus novatrices.
Parmi elles, les groupes d'intérêt de Médecine Générale, l'organisation de séminaires et surtout de soirées de valorisation de la Médecine Générale permettent de mieux

appréhender la richesse de la profession et de multiplier les possibilités d'échanges entre les étudiants et les médecins généralistes.

Ainsi, les soirées organisées à Nancy pour les étudiants de la 2ème à la 6ème année nous ont confirmé qu'ils connaissaient mal la discipline et qu'une brève intervention permettait de dissiper un certain nombre d'idées reçues.
Les deux tiers des étudiants qui ont choisi la Médecine Générale plusieurs mois après ces soirées, confirment avoir été influencés par notre soirée.

Aujourd'hui, les deux premiers cycles des études médicales que nous avons imaginés sont encore loin de nos universités. Il convient de continuer à expérimenter ces différentes solutions et d'évaluer leur pertinence à grande échelle. Si les résultats entrevus se confirment, la valorisation de la Médecine Générale au cours des études médicales deviendrait probablement la meilleure réponse à la crise des vocations que rencontre la spécialité à l'issue de l'Examen National Classant.
Néanmoins, les médecins ne seraient pas pour autant répartis de façon équilibrée sur le territoire hexagonal. Une réflexion est menée pour rendre plus attractive certaines zones délaissées par les professionnels de santé ; gageons que les solutions envisagées ne remettent pas en cause notre travail de valorisation : des solutions qui relèveraient davantage de la contrainte que de l'incitation pourraient décourager les générations futures de faire le choix des soins de premier recours.

L'enjeu est de taille, mettre à la portée de toute personne un médecin généraliste, intervenant polyvalent dans le domaine de la santé mais aussi du social, au sein d'un monde souvent incertain…

BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA, *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille.* Coordination rédactionnelle de la traduction en français: Prof D. Pestaiux, Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL, Bruxelles, Belgique, 2002.

2. Berland, Y., *Rapport de l'Observatoire National de Démographie des Professions de santé.* Ministère de la santé, ONDPS, 2006/2007.

3. Boutillier, B., *Vision des étudiants de pcem et dcem sur la médecine générale.* Mémoire pour l'obtention de la qualification en médecine générale. Université de Picardie-Faculté de médecine, 2004.

4. Delage, F., *L' enseignement de la médecine générale en deuxième cycle des études médicales à l'université Bordeaux 2-Victor Segalen.* 2002: Bordeaux. p. 99 p.

5. *Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales*, in *NOR: MENU9700546A*. 1997.

6. Hassid, P., *Le Stage d'initiation à la médecine générale en deuxième cycle des études médicales à Bordeaux évaluation et comparaison avec les données nationales.* 2006: Bordeaux. p. 1 vol. (135 f.).

7. Jacquet Renoux, C., *Stage en médecine générale en second cycle à la faculté de médecine de Tours attentes et vécu des étudiants.* 2008: Tours. p. 1 vol. (269 p.).

8. *Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.* , in *NOR: SANP0624349A* 2006.

9. *ENQUETE SUR LE STAGE EN MEDECINE GENERALE EN 2ème cycle.* 2008; Available from: http://www.cnge.fr/IMG/pdf/Enquete_sur_le_stage_en_medecine_generale_en_2eme_cycle.pdf.

10. Reeg, J., M. Herrmann, and T. Lichte, *[The program initiative "general practice" of the Conference of the German Federal Health Ministers. Successes of interventions and possible reasons for the shortage of general practitioners].* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2006. **49**(4): p. 364-9.

11. Miettola, J., P. Mantyselka, and T. Vaskilampi, *Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first year medical students.* BMC Med Educ, 2005. **5**: p. 34.

12. Avgerinos, E.D., et al., *Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad.* Health Policy, 2006. **79**(1): p. 101-6.

13. Mariolis, A., et al., *General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece.* BMC Med Educ, 2007. **7**: p. 15.

14. Gaspar, D., *[General and family medicine: a gratifying choice].* Acta Med Port, 2006.

19(2): p. 133-9.

15. Goldacre, M.J., J.M. Davidson, and T.W. Lambert, *Career preferences of graduate and non-graduate entrants to medical schools in the UK.* Med Educ, 2007. **41**(4): p. 349-61.

16. Morrison, J.M. and T.S. Murray, *Career preferences of medical students: influence of a new four-week attachment in general practice.* Br J Gen Pract, 1996. **46**(413): p. 721-5.

17. Monnier, M., *Médecine de premier recours: Quel intérêt pour les étudiants en médecine.* PrimaryCare, 2005. **5**(4).

18. Rivo, M.L., T.M. Henderson, and D.M. Jackson, *State legislative strategies to improve the supply and distribution of generalist physicians, 1985 to 1992.* Am J Public Health, 1995. **85**(3): p. 405-7.

19. Senf, J.H., D. Campos-Outcalt, and R. Kutob, *Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review.* J Am Board Fam Pract, 2003. **16**(6): p. 502-12.

20. Campos-Outcalt, D., J. Senf, and R. Kutob, *Comments heard by US medical students about family practice.* Fam Med, 2003. **35**(8): p. 573-8.

21. Schwartz, M.D., et al., *Rekindling student interest in generalist careers.* Ann Intern Med, 2005. **142**(8): p. 715-24.

22. McGaha, A.L., et al., *Responses to medical students' frequently asked questions about family medicine.* Am Fam Physician, 2007. **76**(1): p. 99-106.

23. Martin, J.C., et al., *The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community.* Ann Fam Med, 2004. **2 Suppl 1**: p. S3-32. http://www.aafp.org/online/en/home/aboutus/specialty/ffmpresentation.html

24. Jordan, J., J.B. Brown, and G. Russell, *Choosing family medicine. What influences medical students?* Can Fam Physician, 2003. **49**: p. 1131-7.

25. Gutkin, C., *Rediscovering family medicine.* Canadian Family Physician, 2007. **53**(B): p. 372.

26. Kerr, J.R., et al., *The impact of interest: how do family medicine interest groups influence medical students?* Can Fam Physician, 2008. **54**(1): p. 78-9.

27. Rebick, G., A. Kittler, and E. Cadesky, *Adding evidence: the value of researching family medicine interest groups.* Can Fam Physician, 2007. **53**(6): p. 1064-6.

28. McKee, N.D., et al., *Cultivating interest in family medicine: family medicine interest group reaches undergraduate medical students.* Can Fam Physician, 2007. **53**(4): p. 661-5.

29. Bly, J., *What is medicine? Recruiting high-school students into family medicine.* Can Fam Physician, 2006. **52**: p. 329-34.

30. Ivers, N.M. and R. Abdel-Galil, *Marketing family medicine: challenging misconceptions.* Can Fam Physician, 2007. **53**(5): p. 793-4, 796-7.

31. Dixon, A.S., C.L. Lam, and T.P. Lam, *Does a brief clerkship change Hong Kong medical students' ideas about general practice?* Med Educ, 2000. **34**(5): p. 339-47.

32. Mash, B. and M. de Villiers, *Community-based training in family medicine--a different paradigm.* Med Educ, 1999. **33**(10): p. 725-9.

33. Team, R.D.C., *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. 2008: Vienna, Austria.

34. *Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales* in *NOR : MENS0002592A*. 2000.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire PRE-TEST

SOIREE D'INFORMATION SUR LA MEDECINE GENERALE

La médecine générale occupe en France une place primordiale au cœur du système de soins. Paradoxalement, les étudiants en médecine estiment être mal informés sur le métier de médecin généraliste. Partant de ce constat, l'ADCN et RAOUL-IMG on décidé d'organiser cette soirée, qui nous l'espérons répondra à vos interrogations.
Pour évaluer l'efficacité de notre démarche, nous vous remercions de bien vouloir répondre aux quelques questions qui suivent.

- Vous êtes étudiant en :

  ❑ PCEM2 ❑ DCEM1 ❑ DCEM2 ❑ DCEM3 ❑ DCEM4
  ❑ Autres, précisez : _____

- Pensez-vous bien connaître le métier de médecin généraliste ?

  ❑ Oui ❑ Non

- La médecine générale sera t'elle dans l'avenir votre premier choix ? *(Un seul item)*

  ❑ Oui
  ❑ Oui, probablement
  ❑ Non, probablement pas
  ❑ Non

  En quel rang de choix, pensez vous placer la médecine générale : | __ |

- A l'Examen Classant National, la médecine générale est souvent un choix par défaut, plusieurs places d'internes en médecine générale restent d'ailleurs systématiquement vacantes chaque année.
  Quelles sont d'après vous les solutions pour remédier à cette relative impopularité ? *(Plusieurs items possibles)*

  ❑ L'accès au statut de spécialité et son intégration à l'examen national classant depuis 3 ans vont progressivement changer les mentalités.
  ❑ La filière universitaire de médecine générale avec notamment, le stage d'externe en médecine générale
  ❑ Multiplier les réunions d'informations, d'échange entre étudiants et médecins généralistes comme ce soir
  ❑ Revaloriser la profession financièrement parlant
  ❑ Cette impopularité est logique, cette discipline est globalement moins intéressante sur de multiples aspects, que les autres professions médicales.

- Quels sont pour vous les aspects les plus intéressants de la médecine générale ? *(plusieurs items possibles)*

  ❑ La liberté de gérer son environnement, sa pratique selon sa propre philosophie
  ❑ La possibilité d'exercice pluridisciplinaire en maison médicale (médecins généralistes, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens...)
  ❑ Le relationnel, l'aspect médecin de famille
  ❑ La modularité de l'emploi du temps
  ❑ La possibilité de diversifier son activité (activité hospitalière, médecine du sport, médecines alternatives...)
  ❑ Variété des pathologies et des patients (âge, milieu socioculturel...)

- L'emploi du temps d'un médecin généraliste est-il ?

  ❑ Facilement aménageable
  ❑ Plutôt facilement aménageable
  ❑ Plutôt difficilement aménageable
  ❑ Difficilement aménageable
  ❑ Je ne sais pas

- Quel est parmi ces différentes spécialistes, celui qui a le revenu moyen le plus élevé ?

  ❑ Dermatologue
  ❑ Médecin généraliste
  ❑ Psychiatre
  ❑ Pédiatre
  ❑ Je ne sais pas

- La médecine générale peut elle vous apporter la qualité de vie que vous recherchez ?

  ❑ Oui ❑ Non ❑ Je ne sais pas

- La médecine générale est désormais une spécialité à part entière.
  Ce statut est-il justifié ?

  ❑ Oui, la spécificité de sa pratique l'exige
  ❑ Non, par définition, un « généraliste » n'est pas « spécialiste »
  ❑ Je ne sais pas

Un nouveau questionnaire vous sera remis en fin de soirée pour évaluer l'évolution de votre perception de la médecine générale. Merci de venir nous voir en bas de l'amphithéâtre si vous quittez la soirée prématurément.

Annexe 2 : Questionnaire POST – TEST

SOIREE D'INFORMATION SUR LA MEDECINE GENERALE

Comme convenu, voici le second questionnaire, merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions.

- Vous êtes étudiant en :

  ❑ PCEM2 ❑ DCEM1 ❑ DCEM2 ❑ DCEM3 ❑ DCEM4
  ❑ Autres, précisez : _____

- Après cette soirée, pensez vous mieux connaître le métier de médecin généraliste ?

  ❑ Oui ❑ Non

- Vous avez trouvé cette soirée :
  ❑ Très intéressante
  ❑ Intéressante
  ❑ Peu intéressante
  ❑ Pas intéressante

- La médecine générale sera t'elle dans l'avenir votre premier choix ? *(Un seul item)*

  ❑ Oui
  ❑ Oui, probablement
  ❑ Non, probablement pas
  ❑ Non

  En quel rang de choix, pensez vous placer la médecine générale : | __ |

- A l'Examen Classant National, la médecine générale est souvent un choix par défaut, plusieurs places d'internes en médecine générale restent d'ailleurs vacantes chaque année.
  Quelles sont d'après vous les solutions pour remédier à cette relative impopularité ? *(Plusieurs items possibles)*

  ❑ L'accès au statut de spécialité et son intégration à l'examen national classant depuis 3 ans vont progressivement changer les mentalités.
  ❑ La filière universitaire de médecine générale avec notamment, le stage d'externe en médecine générale
  ❑ Multiplier les réunions d'informations, d'échange entre étudiants et médecins généralistes comme ce soir
  ❑ Revaloriser la profession financièrement parlant
  ❑ Cette impopularité est logique, cette discipline est globalement moins intéressante sur de multiples aspects, que les autres professions médicales.

- Quels sont pour vous les aspects les plus intéressants de la médecine générale ? *(plusieurs items possibles)*

  ❑ La liberté de gérer son environnement, sa pratique selon sa propre philosophie
  ❑ La possibilité d'exercice pluridisciplinaire en maison médicale (médecins généralistes, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens...)
  ❑ Le relationnel, l'aspect médecin de famille
  ❑ La modularité de l'emploi du temps
  ❑ La possibilité de diversifier son activité (activité hospitalière, médecine du sport, médecines alternatives...)
  ❑ Variété des pathologies et des patients (âge, milieu socioculturel...)

- L'emploi du temps d'un médecin généraliste est-il ?

  ❑ Facilement aménageable
  ❑ Plutôt facilement aménageable
  ❑ Plutôt difficilement aménageable
  ❑ Difficilement aménageable
  ❑ Je ne sais pas

- Quel est parmi ces différentes spécialistes, celui qui a le revenu moyen le plus élevé ?

  ❑ Dermatologue
  ❑ Médecin généraliste
  ❑ Psychiatre
  ❑ Pédiatre
  ❑ Je ne sais pas

- La médecine générale peut elle vous apporter la qualité de vie que vous recherchez ?

  ❑ Oui ❑ Non ❑ Je ne sais pas

- La médecine générale est désormais une spécialité à part entière.
  Ce statut est-il justifié ?

  ❑ Oui, la spécificité de sa pratique l'exige
  ❑ Non, par définition, un « généraliste » n'est pas « spécialiste »
  ❑ Je ne sais pas

  - Commentaires sur la médecine générale et sur cette soirée :

Annexe 3 : Questionnaire à distance lors du choix des TCEM1

Internat de Médecine Générale
ECN 2008 – TCEM 1

- Après l'ECN, « Médecine Générale à Nancy », était-ce votre premier choix ?

❑ Oui ❑ Non

- Avant cet internat de Médecine Générale à Nancy, vous étiez à :

❑ Nancy ❑Une autre ville de France ❑ L'étranger

- Si vous étiez à Nancy, avez-vous participé à une des réunions d'information sur la médecine générale organisée autour d'un film à la maison médicale de Senones et d'un débat avec des médecins généralistes ?

❑ Oui ❑ Non

Si oui, est-ce que cette soirée vous a influencé dans votre choix final « Médecine Générale à Nancy » ?

❑ Oui ❑ Non

- Est-ce que votre choix a été influencé par RAOUL-IMG et son site internet ?

❑ Oui ❑ Non

- Est-ce que votre choix a été influencé par le TGV est ?

❑ Oui ❑ Non

Promouvoir la médecine générale

Deux cents carabins attentifs aux arguments en faveur des généralistes.

Chaque année, la moitié des médecins généralistes qui prennent leur retraite ne sont pas remplacés. Un constat que les cabinets médicaux font, et subissent, quand ils sont installés dans les zones rurales en particulier.

Pour inciter les futurs médecins à se diriger vers la médecine générale, devenue une véritable spécialité depuis trois ans, un syndicat, Raoul Img, rassemblant les internes en médecine générale, et son président Cédric Berbé, et l'ACDN, Association des carabins de Nancy, et son président Charles Mazeaud, ont organisé une expérience et ont invité les étudiants de 2e et 3e année à venir la découvrir et en tirer les conclusions.

La médecine générale intéresse les futurs médecins.

Deux étudiants de 3e année sont allés passer une journée avec les quatre médecins de la Maison médicale de Senones, dans les Vosges, afin de vivre au réel la médecine générale, celle des familles, celle aussi des médecins traitants référents pour la Sécu. Une immersion dans le suivi de la santé des familles, au contact de deux médecins, Jean-Marie Heid et Patrick Florentin, qui ont, hier soir, expliqué leur mission à la fois sanitaire et sociale, et les avantages et inconvénients de cette mission.

« *Une spécialité malmenée pas parce qu'elle est mal aimée mais parce qu'elle est mal connue* », explique Cédric Berbé, qui ajoute : « *Pendant les six premières années de médecine, les étudiants n'ont aucun contact avec la médecine générale et pas d'expérience clinique* ».

Nombreux parmi les étudiants présents étaient ceux qui souhaitaient se diriger vers la voie de généraliste, pour la diversité des tâches et le contact avec les patients. Tant mieux, cela permettra peut-être de corriger des décennies de numerus clausus, qui ont juste abouti à la désertification médicale de la France.

A l'initiative des carabins et des internes nancéiens

Une journée pour promouvoir la médecine générale

Les associations d'internes et d'étudiants de la faculté de Nancy ont organisé une journée de promotion de la médecine générale auprès des étudiants de deuxième et troisième année. Ils espèrent rendre plus attrayante la discipline lors du choix de spécialité d'internat.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE traverse une grave crise des vocations. Deux mille postes d'interne de médecine générale ont été laissés vacants par les candidats des épreuves classantes nationales (ECN) lors des trois dernières années. Les pouvoirs publics peinent à mettre en place le stage obligatoire de médecine générale pendant le deuxième cycle. Les conseils régionaux et généraux multiplient les bourses auprès d'étudiants pour s'attacher leur service pendant plusieurs années. L'Associations des carabins de Nancy (Aden) et le Rassemblement autonome unifié lorrain des internes en médecine générale (Raoul-IMG) ont décidé de prendre les devants. Ils organisaient mardi une journée de promotion de la médecine générale destinée aux étudiants de deuxième et troisième année dans un amphithéâtre de leur faculté. « *Nous sommes très sensibles aux problèmes de démographie médicale qui risquent de se poser dans notre région d'ici à quelques années*, explique Cédric Berbé, président du Raoul-IMG. *Si la médecine générale est délaissée par les étudiants, ce n'est pas parce qu'elle est mal aimée mais parce qu'elle souffre d'un manque de visibilité. Avant de choisir leur spécialité d'internat, la plupart des étudiants n'ont eu que des stages et des professeurs hospitaliers. Certains veulent voir ce qu'est la médecine générale dont ils ont une vision caricaturale, voire préhistorique. Ils pensent que le médecin généraliste travaille trois fois plus que les autres pour des revenus dix fois moindres avec une activité routinière.* »

Pour couper court à tous ces préjugés, étudiants et internes nancéiens ont diffusé une vidéo d'une vingtaine de minutes réalisée par deux étudiants, qui résume l'activité d'un généraliste exerçant dans une maison de santé dans les Vosges. Un jeune a présenté son expérience d'interne de médecine générale et une large place a été laissée aux échanges entre les 200 personnes présentes et les généralistes ayant participé au tournage, d'autres praticiens, un jeune installé et un remplaçant non thésé. Pour mesurer l'impact de la soirée auprès des étudiants, les organisateurs ont distribué un questionnaire que les participants ont rempli avant et après la réunion. « *Il nous a semblé important de montrer que la médecine générale n'entraîne pas forcément l'isolement, une charge de travail et une vie de famille invivables* », explique Charles Mazeaud, président de l'Aden. Une réunion semblable doit être organisée en avril avec les étudiants de cinquième et sixième année. « *Nous espérons que cette réunion permettra de rendre plus attrayante la médecine générale dans notre faculté et que la spécialité sera davantage choisie que les précédentes années* », explique Cédric Berbé. Etudiants et internes nancéiens souhaitent également que l'initiative, si elle porte ses fruits, soit étendue à toutes les villes de France. « *Pourquoi ne pas mettre en place une Journée nationale d'information sur la médecine générale auprès de tous les étudiants de deuxième et troisième année ?* demande Cédric Berbé. *Ça ne coûterait vraiment pas cher !* » Et cela pourrait rapporter gros.

› CHRISTOPHE GATTUSO

La santé dans la campagne
Retrouvez sur le site du « Quotidien » :
- les programmes des candidats,
- les enjeux en matière de médecine et de santé
- les analyses politiques
- l'état de l'opinion médicale

Participez à notre forum
www.quotimed.com

Débat libre mais orienté par
Charly votre serviteur...

La promotion des médecins généralistes...

... auprès des étudiants en 4e, 5e et 6e années de médecine.

A l'initiative de l'association des Carabins de Nancy et du rassemblement Autonome unifié lorrain des internes en médecine générale, une soirée de promotion de la médecine générale auprès des étudiants de 4e, 5e et 6e année s'est tenue dans l'amphithéâtre 300B de la faculté de médecine.

Une bonne centaine d'entre eux ont répondu à l'appel. La naissance du projet repose sur un constat : la médecine générale est malmenée. 2.000 postes d'internes de médecine générale non pourvus lors des trois premières éditions des épreuves de classement au niveau national.

Un médecin généraliste sur deux qui part à en retraite n'est pas remplacé, ces chiffres en guise d'exemple parlent d'eux-mêmes. Pourquoi cette crise des vocations typiquement française ? Ce n'est pas le cas partout dans les autres pays de la Communauté européenne.

Un étudiant en première année de médecine n'a souvent comme référence que son médecin de famille, pendant ses six premières années d'études,

L'amphi bien rempli.

il ne verra que des professeurs qui sont des praticiens hospitaliers, aucun enseignant médecin-généraliste. Ces stages se dérouleront uniquement sur des terrains hospitaliers, jamais en cabinet, ainsi à la fin de la 6e année, lorsqu'on lui demandera de choisir une spécialité comment peut-il opter pour la médecine générale autrement qu'en faisant un choix à l'aveugle.

Claire Pillot et Lidiana Munerol, en 6e année, sont encore indécises : « *Cela dépendra beaucoup de notre concours en internat. Nous n'avons eu, en début d'année, que deux demi-journées chez un médecin généraliste. Avouez que c'est bien trop peu pour se faire une idée ! Après six ans d'études de médecine, alors que la plupart d'entre nous vont obligatoirement se tourner vers cette spécialité... Un autre constat, la médecine se féminise de plus en plus, il suffit de voir sur les bancs de cet amphi les trois-quarts des présents sont des filles pour un quart seulement de garçons.* »

La médecine générale n'est pas mal aimée : elle est tout simplement mal connue. Partant de ce constat, Raoul-IMG, représentant les internes de médecine générale, futurs généralistes lorrains, fait de l'information aux plus jeunes une priorité. Par ailleurs, une véritable demande émerge de la part des étudiants, représentés par l'ADCN et les ECN (externats et conférences nancéiennes), dès les premières années des études médicales, pour s'informer et connaître la médecine générale.

La soirée s'est donc articulée autour d'un film d'une vingtaine de minutes tourné par des étudiants en médecine, à Senones (88), filmant, avec leurs regards, l'activité de médecine générale sous ses divers aspects. Le film a été suivi d'une présentation par des médecins généralistes.

Laure et Joseph, vos serviteurs.

VU

NANCY, le **25 mai 2009**
Le Président de Thèse

Professeur J. ROLAND

NANCY, le **28 mai 2009**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, **4 juin 2009**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME

En France, les perspectives sont inquiétantes sur le plan de la démographie médicale et chaque année des postes d'internes de Médecine Générale sont non pourvus à l'issue de l'ECN.
Parallèlement, une envie forte de découvrir cette spécialité émane des étudiants qui sont aujourd'hui contraints à réaliser un choix à l'aveugle.
Ces données révèlent un phénomène passé inaperçu et que l'on s'attache aujourd'hui à corriger : la Médecine Générale est insuffisamment intégrée aux deux premiers cycles des études médicales.

Au cours de ce travail, l'étude de la situation internationale a permis de définir plusieurs solutions pour adapter au mieux l'enseignement des soins de premiers recours aux études médicales.
A Nancy, des soirées de valorisation de la Médecine Générale ont été organisées à 2 reprises autour d'un film réalisé dans une maison de santé ; leur évaluation confirme notamment que les étudiants méconnaissent la spécialité.

Au final, l'auteur propose un exemple d'intégration idéale de la Médecine générale au sein des deux premiers cycles des études médicales.

TITRE EN ANGLAIS

Valorization of the general practice in first and second cycle of medical studies

THESE DE MEDECINE GENERALE 2009

MOTS CLEFS : Médecine Générale, étudiant, stage, enseignement

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex